



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

TEMA:

**“PATOLOGIAS ORALES FRECUENTES EN PACIENTES
PEDIATRICOS INMUNODEPRIMIDOS. HOSPITALES: ONCOLOGICO
SOLCA E ICAZA BUSTAMANTE 2015”**

AUTORA:

DANIELA ESTRELLA FROMENT

Trabajo de graduación previo a la Obtención del Título de:

ODONTÓLOGA

TUTORA:

Dra. Adriana Amado

Guayaquil, Ecuador

2015



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad **por Daniela María Estrella Froment**, como requerimiento parcial para la obtención del Título de **Odontóloga**.

TUTORA

Dra. Adriana Amado

Revisores

DIRECTOR DE LA CARRERA

Dr. Juan Carlos Gallardo Bastidas

Guayaquil, a los 23 días del mes de septiembre del año 2015



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Daniela María Estrella Froment

DECLARO QUE:

El trabajo de titulación: **“Patologías orales frecuentes en pacientes pediátricos inmunodeprimidos. Hospitales: Oncológico Solca e Icaza Bustamante y 2015”** previa a la obtención del título de Odontóloga, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 23 días del mes de septiembre del año 2015

LA AUTORA _____

Daniela Estrella Froment



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

AUTORIZACIÓN

Yo, Daniela María Estrella Froment

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del trabajo de titulación: **“Patologías orales frecuentes en pacientes pediátricos inmunodeprimidos. Hospitales: Oncológico Solca e Icaza Bustamante 2015”**; cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 23 días del mes de septiembre del año 2015

LA AUTORA

Daniela Estrella Froment

AGRADECIMIENTO

Agradezco principalmente a Dios, a los hospitales, Solca e Icaza Bustamante, a la fundación VIHDA que por abrirme las puertas y proporcionar el área para el desarrollo de la tesis.

“Realmente son muchas las personas, amigos, profesores, familiares, que me han acompañado, guiado y transmitido conocimientos a lo largo de mi carrera universitaria, me encantaría agradecerles a cada uno de ellos, su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía tanto en los momentos buenos como en los difíciles de mi vida. Algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y en mi corazón. Muchas gracias a todos y cada uno de ustedes, y que Dios los bendiga”.

Daniela Estrella.

DEDICATORIA

Quiero dedicar este trabajo a mi Madre, Catalina, a mi padre, Roberto, a mi esposo Gabriel y también muy especialmente a todos aquellos pacientes que fueron parte del estudio, mi admiración a su gran esfuerzo y lucha contra las enfermedades catastróficas que padecen, por no dejarse vencer, por luchar día a día junto a sus familiares, estos pequeños guerreros los llevare siempre en mi mente y corazón, siendo ellos la motivación principal por la que se realiza esta tarea de reclutar profesionales al servicio especializado en estas áreas; esperando se realicen más estudios sobre la falta de atención exclusiva de estos casos, llevando así a una posible especialización de la rama de la odontología, puesto que es de suma importancia y urgencia una atención personalizada a aquellos pacientes que se encuentran inmunodeprimidos.

Daniela Estrella

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE
GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

CALIFICACIÓN

**Dra. Adriana Amado
PROFESORA GUIA TUTORA**

ÍNDICE GENERAL

CERTIFICACIÓN	I
DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD	II
AUTORIZACIÓN.....	III
AGRADECIMIENTO	IV
DEDICATORIA	V
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN	VI
CALIFICACIÓN.....	VII
ÍNDICE GENERAL.....	VIII
INDICE DE FIGURAS.....	X
INDICE DE TABLAS	XII
INDICE DE GRÁFICOS	XIV
INDICE DE ANEXOS.....	XVI
RESUMEN.....	XVII
ABSTRACT	XVIII
1. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Justificación	4
1.2 Objetivos.....	5
1.2.1 Objetivo general.	5
1.2.2 Objetivos específicos.....	5
1.3 Hipótesis.....	5
1.4 Variables.....	6
2. MARCO TEÓRICO.....	8
2.1 Enfermedades inmunodepresoras más comunes.....	8
2.1.1 VIH (SIDA)	9

2.1.2	Cáncer.....	10
2.1.3	Lupus eritematoso	12
2.2	Clasificación de las patologías orales oportunistas	13
2.2.1	Grupo 1: Patologías comunes en enfermedades inmunodepresoras.....	15
2.2.2	Grupo 2: Patologías menos frecuentes en enfermedades inmunodepresoras.....	23
2.2.3	Grupo 3: Patologías de poca frecuencia en enfermedades inmunodepresoras.....	28
2.3	Protocolo de atención odontológica en pacientes inmunodeprimidos .	31
2.3.1	Bioseguridad en la consulta	31
2.3.2	Inicio del tratamiento dental:.....	32
2.3.3	Técnicas de higiene oral.....	34
3.	MATERIALES Y MÉTODOS.....	35
3.1	Materiales	35
3.1.1	Lugar de la investigación.....	35
3.1.2	Períodos de la investigación.....	35
3.1.3	Recursos empleados:.....	35
3.1.4	Universo:	37
3.1.5	Muestra	37
3.2	Métodos:.....	38
3.2.1	Tipo de investigación:.....	38
3.2.2	Diseño de la investigación:.....	38
5.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	73
5.1	Conclusiones	73
5.2	Recomendaciones	75
6.	BIBLIOGRAFIA.....	77
7.	ANEXOS.....	83

INDICE DE FIGURAS

- Fig. 1 Lupues Eryhmatosus Joseph A. Regezi James J. Sciubba Richard C. Jordan Oral Pathology: Clinical Pathologic Correlations. ELSEVIER Editorial St. Louis, Missouri 2012. pag 31..... 13
- Fig. 2 Candidiasis pseudomenbranosa. WANDA C. GONSALVES, M.D., ANGELA C. CHI, D.M.D., and BRAD W. NEVILLE, D.D.S. Medical University of South Carolina, Charleston, South Carolina. Volume 75, Number 4 V. Accesado: 2007. Common Oral Lesions: Part I. Superficial Mucosal Lesions. Pag 501 16
- Fig. 3 Gingivitis por placa, fuente, Estrella Daniela..... 18
- Fig. 4 Lesiones combinadas maculares y nodulares en la parte anterior de la encía superior. PHILIP SAPP, LEWIS R. EVERSOLE, GEORGE P. WYSOCKI, patología oral y maxilofacial contemporánea II edición. Editorial Elsevier, 2005, España. Pag 232..... 20
- Fig. 5 Lesiones de sarcoma de Kaposi en paciente trasplantado cardíaco. E. Hernández-Ruiz¹, A. García-Herrera², J. Ferrando¹ Sarcoma de Kaposi. Med Cutan Iber Lat Am 2012; 40 pág. 41..... 21
- Fig. 6 Linfoma no hodgkiniano. Lesión que aumenta rápidamente de tamaño con ulceración central en la cara dorsal de la lengua. PHILIP SAPP, LEWIS R. EVERSOLE, GEORGE P. WYSOCKI, patología oral y maxilofacial contemporánea II edición. Editorial Elsevier, 2005. 23
- Fig. 7 Lengua geográfica. Solca. Fuente; Estrella Daniela. 24

Fig. 8 Erythema multiforme Joseph A. Regezi, James J. Sciubba, Richard C. K. Jordan Oral Pathology: Clinical Pathologic Correlations ELSEIVER Editorial St. Louis, Missouri 2012.pag 31.....	25
Fig. 9 Púrpura trombocitopénica. Solca. Fuente: Estrella Daniela.....	26
Fig. 10 Petequias palatinas. PHILIP SAPP, LEWIS R. EVERSOLE, GEORGE P. WY SOCKI, patología oral y maxilofacial contemporánea II edición. Editorial Elsevier, 2005, España. Pag 418.....	26
Fig. 11 Estomatitis aftosa recidivante. Hospital Icaza Bustamante. Fuente. Estrella Daniela.....	29

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de los pacientes por edad.	40
Tabla 2. Distribución de los pacientes por género.	41
Tabla 3. Distribución de los pacientes por género.	42
Tabla 4. Distribución de los pacientes por lugar de procedencia.	43
Tabla 5. Distribución de los pacientes por lugar de residencia.	44
Tabla 6. Distribución de los pacientes según presencia de factores de riesgo asociados.....	45
Tabla 7. Distribución de los pacientes según tipo de factores de riesgo asociados.....	46
Tabla 8. Distribución de los pacientes según Escolaridad.	47
Tabla 9. Distribución de los pacientes según el tipo de enfermedad inmunosupresora.	48
Tabla 10. Distribución de los pacientes según los controles odontológicos.....	49
Tabla 11. Distribución de los pacientes según el número de controles odontológicos.....	50
Tabla 12. Distribución de los pacientes según la higiene dental en casa.	51
Tabla 13. Distribución de los pacientes según el número de cepillado dental al día.....	52
Tabla 14. Distribución de los pacientes que realizan enjuague bucal.	53
Tabla 15. Distribución de los pacientes según el tipo de enjuague bucal utilizado.....	54
Tabla 16. Distribución de los pacientes según las patologías orales principales.	55
Tabla 17. Distribución de los pacientes según las patologías orales menos frecuentes.....	56
Tabla 18. Distribución de los pacientes según la presencia de caries dentales.....	57
Tabla 19. Distribución de los pacientes según las lesiones en mucosa oral.....	58

Tabla 20. Distribución de los pacientes según las lesiones en el paladar.	59
Tabla 21. Distribución de los pacientes según las lesiones en labios.	60
Tabla 22. Distribución de los pacientes según las lesiones en lengua.	61
Tabla 23. Distribución de los pacientes según las lesiones en piso de la boca.	62
Tabla 24. Distribución de los pacientes según las lesiones en carillos.	63
Tabla 25. Distribución de los pacientes según presencia de lesiones encías... ..	64
Tabla 26. Distribución de los pacientes según presencia de lesiones encías (continuación).	65
Tabla 27. Distribución de los pacientes según presencia de lesiones encías... ..	66
Tabla 28. Distribución de los pacientes según presencia de lesiones encías... ..	67
Tabla 29. Distribución de los pacientes según el Índice de placa bacteriana. ...	68
Tabla 30. Distribución de los pacientes según las comorbilidades y género sexual	69
Tabla 31. Distribución de los pacientes según los factores de riesgo y grupos etarios.	70
Tabla 32. Distribución de los pacientes según el género sexual y el tipo de patología oral.	71
Tabla 33. Distribución de los pacientes según el índice de placa bacteriana y las patologías orales.	72

INDICE DE GRÁFICOS

Ilustración 1. Distribución de los pacientes por edad.....	41
Ilustración 2. Distribución de los pacientes por género.....	42
Ilustración 3. Distribución de los pacientes por género.....	43
Ilustración 4. Distribución de los pacientes por lugar de procedencia.....	44
Ilustración 5. Distribución de los pacientes por lugar de residencia.....	45
Ilustración 6. Distribución de los pacientes según presencia de factores de riesgo asociados.....	46
Ilustración 7. Distribución de los pacientes según tipo de factores de riesgo. ..	47
Ilustración 8. Distribución de los pacientes según Escolaridad.....	48
Ilustración 9. Distribución de los pacientes según el tipo de enfermedad inmunosupresora.....	50
Ilustración 10. Distribución de los pacientes según los controles odontológicos.	50
Ilustración 11. Distribución de los pacientes según el número de controles odontológicos.....	51
Ilustración 12. Distribución de los pacientes según la higiene dental en casa. .	52
Ilustración 13. Distribución de los pacientes según el número de cepillado dental al día.....	53
Ilustración 14. Distribución de los pacientes que realizan enjuague bucal.	54
Ilustración 15. Distribución de los pacientes según el tipo de enjuague bucal utilizado.....	55
Ilustración 16. Distribución de los pacientes según las patologías orales principales.....	56
Ilustración 17. Distribución de los pacientes según las patologías orales menos frecuentes.....	57
Ilustración 18. Distribución de los pacientes según la presencia de caries dentales.....	58

Ilustración 19. Distribución de los pacientes según las lesiones en mucosa oral.	59
Ilustración 20. Distribución de los pacientes según las lesiones en el paladar.	60
Ilustración 21. Distribución de los pacientes según las lesiones en labios.	61
Ilustración 22. Distribución de los pacientes según las lesiones en lengua.	62
Ilustración 23. Distribución de los pacientes según las lesiones en piso de la boca.	63
Ilustración 24. Distribución de los pacientes según las lesiones en carrillos. ...	64
Ilustración 25. Distribución de los pacientes según presencia de lesiones encías.	65
Ilustración 26. Distribución de los pacientes según presencia de lesiones encías.	65
Ilustración 27. Distribución de los pacientes según presencia de lesiones encías.	66
Ilustración 28. Distribución de los pacientes según presencia de lesiones encías.	67
Ilustración 29. Distribución de los pacientes según el Índice de placa bacteriana.	69

INDICE DE ANEXOS

Anexo N° 1. Ficha técnica.....	83
Anexo N° 2. Consentimiento informado.	84
Anexo N° 3. Solicitud de autorización de Hospital Oncológico Solca.	85
Anexo N° 4. Solicitud de autorización de Hospital Ycaza Bustamante.	86
Anexo N° 5. Solicitud de autorización de fundación VIHDA.....	87
Anexo N° 6. Historia clínica.....	88
Anexo N° 7. Encuesta a representantes.	89
Anexo N° 8. Tabla consolidada de datos	90

RESUMEN

Problema:La cavidad bucal es un ambiente por el que desfilan una variedad de lesiones bucales que pueden ser, en muchas ocasiones, las primeras manifestaciones clínicas detectables que llevan al diagnóstico de las enfermedades inmunodepresoras, en otros casos, la aparición de alguna de ellas en las distintas etapas, puede marcar una tendencia del progreso de la enfermedad. El paciente infantil portador de estas enfermedades pueden ser participes de varias alteraciones sistémicas propio de las drogas, quimios y tratamientos retrovirales a los que son sometidos.

Resultados:El género más afectado fue el masculino, predominó con el 58% (58) del total, el 46,6% (27) estuvo en la categoría de edad mayores de 10 años de edad. Las comorbilidades estuvieron presentes en el 11% (11) de los pacientes, los principales fue la deficiencia renal con el 82% (9).Las enfermedades inmunosupresoras más frecuentes fueron la leucemia con 60% y la infección por V.I.H con el 16%.Las aftas y la gingivitis fueron las patologías orales más frecuentes con el 41% (31) cada una respectivamente. A nivel de la mucosa oral, el 15% (15) presentó lesiones ulcerativas. Las petequias púrpuras y las úlceras fueron las patologías más frecuentes en el paladar y el 84% (84) presentó resequedad en los labios. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre el índice de placa bacteriana y el tipo de patologías orales ($p=0,000$).

Conclusión: Se observó una alta prevalencia de gingivitis y caries dental en los pacientes que no solo derivan de la enfermedad sistémica y del tratamiento sino que también se haya relacionado con la falta de conocimiento e higiene dental de la población de estudio.

Recomendaciones: profundizar la investigación, esclareciendo resultados entre pacientes medicados y no medicados, fomentar la correcta atención a estos pacientes por medio de una especialización de los odontólogos adaptada para este fin.

Palabras Clave: patologías orales, pacientes inmunodeprimidos, VIH, cáncer, leucemia, gingivitis, higiene oral, niños, edad.

ABSTRACT

Problem: The oral cavity is an environment that parade by a variety of oral lesions which can be, in many cases, the first detectable clinical manifestations leading to the immunosuppressive disease diagnosis, in other cases, the appearance of some of them in the various stages, can make a trend disease progression. The child patient carrier of these diseases can participate in several various own systemic alterations of drugs, chemo and retroviral treatments that are subjected. **Results:** The most affected male gender was, he prevailed with 58% (58) of the total, 46.6% (27) was in the age group over 10 years old. Comorbidities were present in 11% (11) patients, leading to kidney failure was 82% (9). The most common immunosuppressive diseases were 60% leukemia and HIV infection 16%. Canker sores and gingivitis were the most common oral diseases with 41% (31) each respectively. A level of the oral mucosa, 15% (15) had ulcerative lesions. Purple petechiae and ulcers were the most common diseases in the mouth and 84% (84) had dry lips. Statistically significant association between plaque index and type of oral diseases ($p = 0.000$) was found. **Conclusion:** A high prevalence of gingivitis and tooth decay in patients that not only stem from systemic disease and treatment but has also been linked to the lack of knowledge and dental hygiene study population was observed. **Recommended:** further investigation, clarifying results between medicated and unmediated patients, promote the proper care for these patients through a specialization of dentists adapted for this purpose.

Keywords: oral diseases, immunocompromised patients, HIV, cancer, leukemia, gingivitis, oral hygiene, children, old.

1. INTRODUCCIÓN

La cavidad bucal es un ambiente por el que desfilan una variedad de lesiones bucales que pueden ser, en varias ocasiones, las primeras manifestaciones clínicas que llevan al diagnóstico de las enfermedades inmunodepresoras, en distintos casos, la aparición de alguna de ellas en las distintas etapas, puede llevarnos a determinar el progreso de la enfermedad. El paciente infantil portador de estas enfermedades pueden ser participes de varias alteraciones sistémicas propio de las drogas, quimios y tratamientos retrovirales a los que son sometidos^{1'2}

Numerosos estudios han demostrado que la prevalencia de lesiones a nivel de la cavidad bucal es alta en individuos infectados por el **VIH** y demás enfermedades que deprimen al sistema inmunológico, así mismo varios reportes indican que aproximadamente el 70% de las personas que viven con seropositividad para el VIH presentan manifestaciones bucales las lesiones más comúnmente observadas, incluyen la presencia de candidiasis pseudomembranosa, candidiasis eritematosa, candidiasis oral, leucoplasia vellosa, la lengua geográfica y las lesiones traumáticas, seguidas de las infecciones víricas herpéticas, entre otras; además de la presencia de neoplasias como el sarcoma de kaposi que ha sido reportado como un rasgo de SIDA principalmente cuando no son sometidos a tratamientos médicos previos de su padecimiento sistémico.

^{1'2}

“Según Yang C, Gong W, Lu, en 2010; la candidiasis es la infección micótica más común de la orofaringe en los pacientes que reciben radioquimioterapia (RQT), con una frecuencia del 70%”.⁷Es causada por el sobrecrecimiento del hongo nativo Cándida Albicans, que ante ciertas

circunstancias se vuelve oportunista. ⁷En los últimos años se han relacionado, en el paciente con cáncer y con inmunidad disminuida, la infección oral con un número creciente de organismos micóticos oportunistas diferentes; estos incluyen infección por especies de *Aspergillus*, género *mucoraceae* y *rhizopus* ⁷.

En el esquema de tratamiento odontológico a los pacientes pediátricos inmunodeprimidos debe tener en cuenta que la alteración de las células sanguíneas y la quimioterapia y demás tratamientos para las enfermedades autoinmunes estudiadas en este proyecto como lo son el Cáncer y el VIH (SIDA), pueden provocar manifestaciones bucales importantes y complicar las lesiones estomatológicas preexistentes de algunas patologías orales a momento del examen oral inicial, la fotosensibilidad, las úlceras orales, boca ardiente, entre otras, que según varios estudios se presentan en el 75% de los casos en pacientes con enfermedades inmunodepresoras, siendo también importante no descartar la enfermedad periodontal no producida por placa, y las alteraciones en la ATM.^{7.8.1.6} Frente a la gran cantidad de alteraciones que podemos encontrarnos, debemos ser capaces de detectar dichas lesiones y llevar a cabo un correcto diagnóstico diferencial, eslabón esencial para elaborar el plan de tratamiento adecuado.

Los efectos nocivos en las células de la cavidad bucal, cuando se encuentran bajo tratamientos de quimioterapia o radiación ionizante, causando también posibles daños en las glándulas salivales, como la xerostomía, que proporciona un medio propicio para la proliferación bacteriana, deben ser sometidos a limpiezas preventivas de la cavidad oral, antes y después de cada sesión.

Debemos tomar principal atención en las manifestaciones en grados variables de herpes labial, hasta la gingivoestomatitis grave, que son

enfermedades autolimitantes y recidivantes que no dejan cicatriz. En linfoma no Hodgkin está determinado como una condición definitoria del SIDA podemos encontrar masas tumorales en la encía, paladar y carillos, que crecen rápida y agresivamente^{2, 3,4}

Los efectos de dolor, deterioro funcional pueden complicar considerablemente la masticación, fonación y deglución por lo que requieren su inmediata atención.⁴ las reglas de bioseguridad son primordiales para proteger al paciente inmunodeprimido y protegernos también de riesgos y/o contagios.

El tratamiento odontológico para estos pacientes inmunodeprimidos debe basarse en una práctica de seguimientos clínicos y radiográficos frecuentes, se debe tomar especial consideración a la contaminación cruzada que puede incurrir en nuestra consulta en formas diversas, desde el contacto directo con la piel y mucosas erosionada con sangre y saliva hasta la inhalación de aerosoles contaminados, durante la utilización de piezas de alta y baja velocidad, equipos de ultrasonido por las salpicaduras.^{2,4}

La odontopediatría es, sin duda, uno de los campos básicos en la atención integral para la salud de nuestros niños y futuros adultos, y por ello es fundamental que los odontólogos tengan conocimientos básicos, pero a la vez amplios, en odontología pediátrica sobre patologías orales oportunistas por enfermedades inmunodepresoras para un posible diagnóstico temprano y brindando así una solución para mejorar la salud en general.

Se debe educar a los representantes en responsabilidad y habilidades para asistir al infante ayudándolo en el proceso para lograr una mejor higiene oral y por ende una calidad de vida superior. Motivo por el cual

se hace necesario un programa educativo en Salud Bucal de odontología preventiva que proporcione pautas necesarias sobre el comportamiento y evolución de estas patologías; que vaya dirigido a niños con enfermedades inmunodepresoras, durante el cual podamos determinar el papel fundamental que juegan las madres y los profesionales de la salud en la prevención y el progreso de las patologías oportunistas que invaden la cavidad oral del pequeño paciente.

1.1 Justificación

Las patologías orales como consecuencia de enfermedades inmunodepresoras aparecen en la cavidad oral, siendo un indicador importante en la progresión de la enfermedad; es por ello que el odontólogo juega un papel primordial en el diagnóstico y tratamiento de patologías comunes en estos pacientes, por lo que esta investigación aporta información relevante a la situación en estudio.

Va dirigido a los estudiantes, profesionales de la salud, representantes y pacientes que requieren conocer los diferentes tipos de patologías orales más frecuentes en pacientes inmunodeprimidos para realizar un correcto diagnóstico a la hora de la consulta y proceder a un adecuado manejo de los mismos.

Finalmente, este tema de tesis nos conlleva a plantearnos la responsabilidad de los profesionales de la salud, en este caso particular de los odontólogos, sobre la atención óptima a éstos pacientes, que obliga a reflexionar sobre el rol de nuestros trabajos, para crear una atmósfera propicia en las que los niños con enfermedades inmunodeprimidas sean atendidos bajo técnicas de bioseguridad para

favorecer su protección, posibles contagios del profesional, así como prevenir el desarrollo de ciertas patologías orales, lesiones durante el tratamiento y tratar las que se encuentran presentes con un adecuado conocimiento.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo general.

Reconocer clínicamente los diferentes tipos de patologías que se presentan con mayor frecuencia en la cavidad oral en los pacientes pediátricos inmunodeprimidos entre 3 a 18 años.

1.2.2 Objetivos específicos

1. Identificar de acuerdo al origen los diferentes tipos de patologías presentes en la cavidad oral de los pacientes revisados para este estudio
2. Establecer si los pacientes pediátricos inmunodeprimidos reciben tratamiento odontológico.
3. Determinar si los padres o representantes, reciben educación en salud oral.
4. Proponer el protocolo de atención odontológica que se debe aplicar en pacientes pediátricos inmunodeprimidos.

1.3 Hipótesis

Las patologías orales no son frecuentes en pacientes pediátricos inmunodeprimidos.

1.4 Variables

Variable dependiente: Pacientes pediátricos inmunodeprimidos. Pacientes menores de 18 años que sufren enfermedades autoinmunes causadas por el sistema inmunitario, que ataca las células del propio organismo.

Variable independiente: Patologías orales más frecuentes en pacientes inmunodeprimidos. Como lo son:

En el primer grupo estan las patologías que son mas comúnmente asociadas mas a este tipo de enfermedad inmunodepresora como lo es el VIH SIDA son:

- Candidiasis pseudomenbranosa
- Candidiasis eritematosa
- Candidiasis hiperplásica
- Gingivitis necrotizante aguda
- Queilitis angular
- Sarcoma de kaposi
- Linfomas no Hodgkin

En el segundo grupo de patologías menos frecuentes asociadas a la enfermedad tenemos:

- Ulceraciones atípicas , eritema multiforme
- Xerostomía
- Púrpura trombocitopénica trombótica
- Herpes simple

En el tercer grupo de patologías de escasa posibilidad de asociación de la enfermedad son:

- Aftas
- Lesión liquenoide
- Periodontitis apical
- Infecciones por hongos (no candidiasis)
- Hiperpigmentación melanocítica

Variables intervinientes:

Edad: referente al tiempo transcurrido desde el nacimiento del ser vivo al momento actual.

Sexo: especialización biológica de organismos en variedades, femenina y masculina.

Cronología de la enfermedad: el tiempo que lleva el paciente inmunodeprimido después de su diagnóstico.

Tratamiento odontológico: se medirá si el paciente recibe o no tratamiento odontológico periódico adecuado para su patología.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Enfermedades inmunodepresoras más comunes

La barrera de defensa del cuerpo humano o también llamada sistema inmunológico es el encargado de combatir y destruir organismos invasores que ocasionen daño. Se conoce como la primera línea de defensa del cuerpo, a las células llamadas macrófagos. Estas células se encuentran en el sistema circulatorio y en los tejidos del cuerpo, vigilantes de los antígenos.

Cuando el sistema inmunológico no trabaja adecuadamente, no puede distinguir a las células propias de las externas. Las células del sistema inmunológico o los anticuerpos que producen, pueden ir en contra de sus propias células y tejidos por error.

El sistema linfático es el conjunto de órganos que conforman el sistema inmunológico: adenoides, la médula ósea, nódulos linfáticos, placa de Peyer, bazo, timo, amígdalas palatinas, vasos sanguíneos y vasos linfáticos, siendo estos dos últimos los que afectan a la liberación de los linfocitos, su crecimiento y desarrollo, ya que son los que tienen por tarea transportar a los linfocitos hacia las distintas partes del cuerpo.

El sistema inmune comprende dos componentes principales: Sistema no específico que es la primera línea de defensa del organismo. Sistema específico se ocupa de combatir aquellos microorganismos capaces de atravesar las barreras no específicas.

Entre las enfermedades inmunodepresoras más relevantes tenemos: VIH (SIDA), CANCER, LUPUS

2.1.1 VIH (SIDA)

Como es de conocimiento sus siglas significan virus de inmunodeficiencia humana, causada por un virus de la *familia retroviridae*, causando el síndrome denominado SIDA, *Fue descubierto y considerado como el agente de la naciente epidemia por el equipo de "Luc Montagnier en Francia en 1983"* ^{11,16, 23,29}

El VIH o Virus de la Inmunodeficiencia Adquirida es un microorganismo que ataca al Sistema Inmune de las personas, debilitándolo y haciéndoles vulnerables ante una serie de infecciones, algunas de las cuáles pueden poner en peligro la vida.

El SIDA es el estado de la infección por el VIH caracterizado por bajos niveles de defensas y la aparición de patologías oportunistas. ^{11, 16,29}

Las personas con SIDA han tenido su sistema inmunitario dañado por el VIH y están en muy alto riesgo de contraer patologías o infecciones que son infrecuentes en personas con un sistema inmunitario saludable. Estas infecciones se denominan oportunistas.

Las manifestaciones orales del VIH se caracterizan por un cuadro clínico con infecciones producidas por germen oportunistas neoplasias o ambas alteraciones, causando inmunodepresión severa,¹. son de gran importancia para el odontólogo, debemos encargarnos de brindar atención y rehabilitación a estos pacientes, que sufren severamente de falencias funcionales como fonación, masticación ect. que necesitan de nuestra atención inmediata.

Estudios han demostrado que la prevalencia de lesiones a nivel de la cavidad bucal es alta, aproximadamente el 70% ¹en personas que viven

con seropositividad para el VIH, la proporción se incrementa cuando la enfermedad evoluciona a SIDA.

Las manifestaciones orales más frecuentes son: eritemas, resequedad de la mucosa, halitosis, caries, palidez o enrojecimiento de las encías, lengua saburral, petequias púrpuras, entre otras; elevando su índice en pacientes que no recurren a tratamientos médicos.

2.1.2 Cáncer

Término que encierra un conjunto de enfermedades caracterizadas por una reproducción anormal de células aplásicas que se extienden poco a poco tomando todos los tejidos y órganos de todo organismo, conocido como metástasis, lo que conlleva a la muerte del paciente.^{3, 13,15}

Conforme a lo investigado la medicación más común en los casos de leucemias, recetados en el hospital Oncológico Solca de Guayaquil son: dexametasona, vincristina, metotrexate, ciclofosfamida y doxorubicina. Produciendo xerostomía, que proporciona un medio propicio para la proliferación de bacterias.

Recordemos que al propagarse la enfermedad, empieza a oprimir las víceras, al sistema nervioso y el sanguíneo. Ocasionalmente su inicio se da en lugares donde no produce síntomas de advertencia, pero al aumentar en tamaño puede causar, *fiebre, cansancio extremo o pérdida de peso.*^{3,13,15}

Los tipos más comunes de cáncer en niños encontrados en el Hospital Oncológico Solca en guayaquil periodo 2015, fueron de Leucemia linfocítica aguda, siendo el tipo mas común en los pacientes pediátricos, seguido de linfoma Hodgkin y tumores malignos tales como Retinoblastoma, tumores Óseos entre otros.

2.1.2.1 Leucemia

Es un trastorno maligno con proliferación anormal y desarrollo de los leucocitos y células precursoras de médula ósea y sangre, que comprometen a cualquier subgrupo de leucocitos polimorfonucleares, monocitos y linfocitos.²⁰

Es común en niños, que ocurre cuando los glóbulos blancos anormales son producidos por la médula ósea en grandes cantidades, infiltrándose en el torrente sanguíneo, evitando que puedan cumplir sus funciones normales de protección al organismo contra las enfermedades.^{20,21}

*“En los niños el 98% de las leucemias presentadas son agudas, el primer informe de leucemia se atribuye a Velpeau escrito en 1827. En 1913 se clasificaron como agudas y crónicas, además de mieloides y linfoideas”.*²¹

Con los recientes progresos en el tratamiento, los niños con leucemia tienen una perspectiva mejor que antes: pero entran en el riesgo de contraer una infección seria, y como su resistencia es baja, puede resultar contraproducente.

La clasificación de la leucemia se da en dos parámetros: Aguda y Crónica

Según el tipo de célula involucrada se clasifica en:

- Leucemia linfocítica aguda (LLA): *Es la neoplasia más común diagnosticada en pacientes menores de 15 años constituye la cuarta parte de las diagnosticadas a esta edad y el 76% de todas las leucemias”.*

²¹

Altera a los linfocitos y las células que los forman llegando a afectarlos de forma anormal, inflamando las glándulas linfáticas e infiltrándose en la médula ósea, dándose lugar hacia la sangre que sirve de vehículo para

afectar a otras partes del cuerpo, como es el bazo, hígado, médula espinal, cerebro, entre otras.

- Leucemia mielogenica aguda (LMA): se debe a un cambio canceroso en un neutrófilo, esta célula defectuosa o leucémica se multiplica incontrolablemente, produciendo gran número de células leucémicas, las cuales a su vez se multiplican de la misma manera aumentando, saturando la médula ósea, alterando la producción de los neutrófilos normales y de otras células como globulos rojos y plaqueta.
- Leucemia linfocitica crónica (LLC): inicia con el desarrollo anormal de un linfocito, que es un glóbulo blanco producido por los ganglios linfáticos, en vez de madurar de forma normal, se multiplica y produce un exceso de células defectuosas llamadas leucémicas. Después de algún tiempo, incluso años, estas células ocupan muchos lugares de los globulos blancos normales en los ganglios y reducen la capacidad de que las sanas produzcan anticuerpos contra las infecciones, pasan al torrente sanguíneo y demás sitios como los otros casos, mostrando susceptibilidad a hemorragias y hematomas.
- Leucemia mielogenica crónica (LMC): la enfermedad se inicia del mismo modo que la leucemia mieloblástica aguda con un cambio canceroso en la población de los neutrófilos, las células anormales se multiplican desorganizadamente, aumentando en número y llegando a la sangre, donde su cantidad puede incrementarse hasta veinte veces la normal.

2.1.3 Lupus eritematoso

Es una enfermedad que afecta a muchos órganos y sistemas, en su patogenia están implicados múltiples autoanticuerpos, y su etiología aún es desconocida, altera el sistema inmunológico, responsable de los cambios destructivos que afectan a las células basales, membrana basal,

colágeno y tejido vascular; predomina en sexo femenino, en un promedio de nueve veces más que el masculino.²⁸Afecta la piel únicamente. Las manchas en forma de mariposa que aparecen en las mejillas y nariz, en ocasiones en formas de brotes o simples manchas rojizas, son la principal característica.^{28, 15}

Aparecen lesiones orales en el 21% de los pacientes con (LES), forma más leve, lupus eritematoso discoide (LED) forma crónica y limitada a la piel expuesta de cara, cuero cabelludo y pabellones auriculares. Aparecen lesiones orales en un 24% de los pacientes, no suelen ser sintomáticas y afectan a mayor número de estructuras intraorales, como la mucosa, carrillos y encías, se presenta en formas de leucoplasia anulares o de erosiones eritematosas o ulceraciones crónicas. ^{28, 15}



Fig. 1 Lupus Erythematosus Joseph A. Regezi James J. Sciubba Richard C. Jordan Oral Pathology: Clinical Pathologic Correlations. ELSEVIER Editorial St. Louis, Missouri 2012. pag 31.

2.2 Clasificación de las patologías orales oportunistas

Las lesiones mas comúnmente observadas, incluyen la presencia de candidiasis pseudomembranosa, candidiasis eritematosa y leucoplasia vellosa, herpes labial, verrugas bucales, entre otras.^{1,15}

Debemos clasificar la presencia de las patologías oportunistas en estos pacientes por medio de la prevalencia y analizar porcentajes de la comunidad Ecuatoriana y el índice de patologías que encontramos en la cavidad bucal de aquellos inmunodeprimidos bajo tratamiento médico, el conocimiento de las madres y la higiene oral del paciente.

Podemos entonces clasificar las patologías según la incidencia y el comportamiento hacia las enfermedades asociadas, en tres grupos:

- Patologías comunes en enfermedades inmunodepresoras: ^{1,2,7,8} candidiasis pseudomenbranosa, candidiasis eritematosa, candidiasis hiperplásica, gingivitis, gingivitis necrotizante aguda, queilitis angular, sarcoma de kaposi, linfomas no hodgkin.
- Patologías menos frecuentes en enfermedades inmunodepresoras: Lengua geográfica, Ulceraciones atípicas, eritema multiforme, Xerostomía, Púrpura trombocitopénica trombótica, Herpes simple
- Patologías de poca frecuencia en enfermedades inmunodepresoras Estomatitis Aftosa recidivante, Liquen plano, Infecciones por hongos (no candidiasis).

Describiremos las patologías más frecuentes encontradas en los pacientes bajo tratamiento médico, Hospitales: Oncológico Solca e Icaza Bustamante de la ciudad de Guayaquil en el periodo 2015, con la ayuda del diagnóstico diferencial de los médicos tratantes, la colaboración del Médico Patólogo de la institución, la historia clínica preliminar y la encuesta sobre la higiene oral.

2.2.1 Grupo 1: Patologías comunes en enfermedades inmunodepresoras.

2.2.1.1 candidiasis

Es la infección micótica más común de la orofaringe en los pacientes que reciben radio-quimioterapia (RQT), con frecuencia del 70%.³ la causa principal es un sobrecrecimiento del hongo nativo *Cándida Albicans*, que en el medio ácido presentándose como patógeno oportunista, en forma de pseudomembrana blanda superficial de coloración blanquesina o grisácea que es de fácil remoción y tiene por base una úlcera o eritema rojizo muy doloroso. ^{1,2,7,8, 16,17}

Es, dentro de las micosis superficiales de la boca, la más importante, convirtiéndose en un auténtico problema clínico. Todo esto ocurre cuando los factores predisponentes locales y generales que potencian aquella transformación están presentes y actúan. ^{1, 2,16}

Es la infección fúngica más común que a veces puede manifestarse como un efecto adverso de cierta terapia farmacológica, como el uso de corticoesteroides tópicos o inhalados utilizados para el tratamiento del asma bronquial y las enfermedades mucosas orales, se presentan con relativa frecuencia en niños. ¹⁷

Estudios demuestran alta incidencia en niños con SIDA, frecuentemente la primera manifestación oral de la infección. Se ha expuesto por diferentes autores su presencia en un 75% de los casos de infección pediátrica por VIH. ^{16,17}

Las principales formas clínicas de la candidiasis oral en la infección por el VIH son: – Pseudomembranosa. – Eritematosa. – Hiperplásica. – Queilitis angular. – Palatina papilar.

2.2.1.2 Candidiasis pseudomembranosa aguda (muguet)

Se conoce bajo el nombre de "muguet" y fue nombrado porque la manifestación de las lesiones recuerda a las gotas de yogurt o leche cortada. Forma clínica de infección por *C. Albicans*, que consiste en placas blandas, cremosas, de epitelio descamativo sobre una mucosa eritematosa que se elimina fácilmente. ^{15,16}

La mucosa subyacente se encuentra enrojecida siendo de fácil sangrado, ya que en su constitución hay células descamativas. Las lesiones se encuentran comúnmente en recién nacidos, antes de que adquieran un sistema inmunitario competente, por hábito del chupete o biberón ausentes de una correcta higiene. Algunas causas frecuentes de esta forma de candidiasis son el uso prolongado de antibióticos, que transforma el equilibrio de la flora oral: uso de corticoides sistémicos, que induce inmunodepresión: infección por el VIH: xerostomía crónica debida a radioterapia, quimioterapia o medicación: síndrome de Sjogren y diabetes mellitus. ¹⁵



Fig. 2 Candidiasis Pseudomembranosa. WANDA C. GONSALVES, M.D., ANGELA C. CHI, D.M.D., and BRAD W. NEVILLE, D.D.S. Medical University of South Carolina, Charleston, South Carolina. Volume 75, Number 4 V. Accesado: 2007. Common Oral Lesions: Part I. Superficial Mucosal Lesions. Pag 501

2.2.1.3. Candidiasis hiperplásica crónica:

Es la forma clínica de infección por *C. Albicans*, que consiste en placas o pápulas sobre un fondo eritematoso que contiene hifas en la capa paraqueratinizada del epitelio engrosado.¹⁵ Las células predominantes en esta clase de patología son las células plasmáticas y linfocitos.

La candidiasis hiperplásica crónica la encontramos con mayor frecuencia en la mucosa yugal, a lo largo de la línea oclusal, ensanchándose en forma de V en bordes de lengua o rebordes alveolares, acercándose hacia las comisuras de los labios. Por su considerable parecido clínico a una lesión premaligna, la biopsia es indispensable.¹⁵

Los antifúngicos utilizados en el tratamiento, no deben contener azúcares en su composición, para evitar la acidificación del medio y disminuir el riesgo al desarrollo de caries dental.³

2.2.1.4 Gingivitis

Cuando tenemos una inadecuada técnica de cepillado y/o higiene oral, esta repercute ocasionando la acumulación excesiva de placa bacteriana, sobre todo en el surco gingival, fomentando alteraciones en la microflora causando inflamación de las encías que se denomina gingivitis. Ejemplos de esta situación son la presencia de obturaciones desbordantes, ortodoncia fija, prótesis mal adaptadas, etc.

La leucemia puede asociarse a la gingivitis, es un hecho que las lesiones orales de estos cuadros clínicos son uno de los primeros signos en aparecer, y su detección precoz podría ayudar al diagnóstico temprano de la enfermedad sistémica.

Es común encontrar signos como las petequias a nivel de la mucosa y úlceras, asociadas a la cantidad de problemas periodontales, el sangrado

al cepillarse los dientes, al sondaje y los agrandamientos gingivales nos dan una pauta de posibles discrasias sanguíneas.

Las bacterias exógenas se infiltran en el tejido gingival muchas veces en pacientes que no tienen un alto índice de placa, clínicamente podemos encontrar ulceraciones edematosas dolorosas, encías muy inflamadas y enrojecidas.^{6,53}

Las enfermedades gingivales de origen viral son manifestaciones agudas de infecciones virales en la mucosa oral que cursan con la aparición de múltiples vesículas ulcerativas dolorosas que se rompen fácilmente.^{6, 53}



Fig. 3 Gingivitis por placa, fuente, Estrella Daniela.

2.2.1.5. Gingivitis ulceronecrotizante aguda:

Es diferente a los otros fenotipos de enfermedades periodontales, debido a que presenta necrosis de la papila interdental, sangrado y dolor. El color blanquecino de la necrosis interproximal es fácil de detectar; aunque la forma, tamaño y malposición dentaria pueden alterar la forma de la papila. El sangrado en la GUN puede ser espontáneo o de muy escasa provocación. La principal característica que hace surgir el diagnóstico de

GUN es el dolor intenso y es lo que lleva a los pacientes a buscar tratamiento.²⁵

Es un signo temprano y frecuente en sujetos infectados por VIH, con un índice de prevalencia del 4-16% y que afecta en mayor proporción a varones homosexuales⁶. Se caracteriza por una encía enrojecida con inflamación difusa, existiendo además afectación de la papila interdental y margen gingival hasta la necrosis, incluso dejando zonas de hueso expuestas por la pérdida de tejidos blandos. El cuadro se acompaña, de dolor, halitosis, sialorrea, y hemorragias en el cepillado dental y después del mismo.⁶

Se diagnostica por la rapidez de sus síntomas y signos, los episodios de GUN usualmente se resuelven en pocos días, después de recibir un tratamiento adecuado. Se ha reportado que aun con tratamiento conservador como puede ser el raspado y alisado radicular unido a enjuagues antimicrobianos es posible la regeneración papilar.²⁵

La halitosis se asocia frecuentemente con la GUN, pero no siempre está presente y puede estar relacionada con otras entidades, mientras que la fiebre y el malestar general son síntomas generalmente relacionados con la GUN.²⁵

2.2.1.6 Sarcoma de Kaposi

*“fue descrito por primera vez en 1872 en Viena por el dermatólogo húngaro Moritz Kaposi”, bajo el nombre de "sarcoma múltiple pigmentado idiopático". Existen al menos cuatro formas clínicas: clásico, endémico, iatrogénico y epidémico.*³⁵



Fig. 4 Lesiones combinadas maculares y nodulares en la parte anterior de la encía superior. PHILIP SAPP, LEWIS R. EVERSOLE, GEORGE P. WYSOCKI, patología oral y maxilofacial contemporánea II edición. Editorial Elsevier, 2005, España. Pag 232.

Es la neoplasia maligna más común asociada a la infección por HIV en áreas endémicas.¹⁰⁻¹² *“De los niños infectados con HIV en Uganda, 1,7% presentaron malignizaciones, de las cuales 90% fueron SK, con una mortalidad del 30%; puede comprometer frecuentemente órganos internos y ganglios linfáticos”*.^{35, 37,39}

La inmunodepresión por enfermedades sistémicas o por fármacos es causal de su presencia en algunos casos de pacientes con trasplantes o que reciben quimioterapias frecuentes, asimismo, en casos de enfermedades autoinmunes a las que se les otorga el tratamiento con inmunodepresores, donde la lesión cutánea es la predominante, seguida de ganglios y vísceras.
^{35, 36,37}

El riesgo de aparición de un tumor maligno aumenta después del trasplante de un órgano sólido debido a la bien conocida asociación entre el uso de inmunosupresores y las infecciones virales.^{35, 39}

Es más frecuente en el sexo masculino con VIH. A nivel de la cavidad bucal paladares duro y blando, seguidos por la encía de la arcada superior, siendo el indicativo inicial de la enfermedad en algunos casos.³⁶

Resulta difícil de diferenciar a una equimosis de las lesiones maculares distintivas de esta patología. En muchos casos estas suelen ser de gran tamaño e interferir en el habla y masticación, provocando sangrados en algunos casos, quedando como consecuencia lesiones en la piel o recubrimiento mucoso.¹⁵

Se inician en forma de máculas enrojecidas de coloración violáceas que evolucionan pueden ulcerar y sangrar, pueden variar su tamaño. Suelen permanecer inmóviles durante lapsos de tiempo indefinidos creciendo con rapidez, y extendiéndose.³⁶



Fig. 5 Lesiones de sarcoma de Kaposi en paciente trasplantado cardíaco. E. Hernández-Ruiz¹, A. García-Herrera², J. Ferrando¹ Sarcoma de Kaposi. Med Cutan Iber Lat Am 2012; 40 pág. 41.

2.2.1.7 Linfoma no Hodgkin

Ocupa el segundo lugar en frecuencia entre las neoplasias vinculadas con el sida, tras el sarcoma de Kaposi. Los LNH asociados al VIH tienen sus áreas de afectación principales: sistema nervioso central (SNC), médula ósea, íleo, cavidad oral, ano-recto, estómago y colon.⁴³ En los pacientes

VIH + encontrar la presencia de un linfoma un signo de mal pronóstico.¹⁵ Los LNH en niños son enfermedades muy agresivas. Pueden aparecer con cuadros clínicos extremadamente graves. ⁴⁴ Los linfomas observados en pacientes VIH positivos constituyen principalmente proliferaciones de células de tipo B. Aunque estas lesiones no son frecuentes en la cavidad oral, se han descrito en casi todas las localizaciones anatómicas. ¹⁵ formaciones como estas se desarrollan rápida y agresivamente incluso llegando a afectar a la glándula parótida.²⁹

Existe población pediátrica de riesgo de desarrollar LNH, la cual incluye a pacientes con: síndromes de inmunodeficiencia congénitos, síndromes de inmunodeficiencia adquirida y aquellos que se hallan bajo tratamiento inmunosupresor en razón de ser receptores de órganos. ⁴⁴

Las posibles formas de terapia incluyen radioterapia y quimioterapia antineoplásica. En los últimos años se ha utilizado la radio inmunoterapia, en que un anticuerpo vinculado con un isótopo radioactivo reconoce selectivamente una cierta estructura de la proteína en la superficie de las células generadas y se une a ella. ⁴⁵

El tratamiento de los LNH es uno de los grandes éxitos de la oncología. A principios de los años 70, los LNH eran prácticamente incurables y se empezó a tratarlos con Quimioterapia similar a la utilizada en las leucemias. Desde entonces hasta la actualidad, los resultados han ido mejorando hasta conseguirse supervivencias libres de eventos en el 80-95% de los casos diagnosticados en estadios localizados y en el 70-85% de los casos más avanzados. La profilaxis de las recidivas en el SNC y el mejor manejo de las complicaciones, como el síndrome de lisis tumoral y las infecciones durante los periodos de neutropenia, han contribuido a este éxito. ⁴⁴



Fig. 6 Linfoma no hodgkiniano. Lesión que aumenta rápidamente de tamaño con ulceración central en la cara dorsal de la lengua. PHILIP SAPP, LEWIS R. EVERSOLE, GEORGE P. WYSOCKI, patología oral y maxilofacial contemporánea II edición. Editorial Elsevier, 2005.

2.2.2 Grupo 2: Patologías menos frecuentes en enfermedades inmunodepresoras

2.2.2.1 Lengua geográfica:

Comienza a manifestarse en la infancia, a edades muy tempranas, o en la pubertad, con predominio en el sexo femenino. ¹⁶ La glositis migratoria benigna tiene un comienzo en niños entre los 6 y 12 meses, y se observa con mayor frecuencia entre los 4 y 5 años de edad. ²², se define como un desorden inflamatorio de la mucosa lingual, que se caracteriza por pérdida de las papilas filiformes. Ha recibido numerosos nombres entre los más comunes: *lengua geográfica*, *eritema migrans*, *glositis migratoria superficial*, *glositis areata migrans*, pero en la actualidad el nombre que más se utiliza es *lengua geográfica* o *glositis migratoria benigna*. ^{22, 39}.

se caracteriza principalmente por áreas rojas redondas irregulares con rasgos de desqueratinización descamando a las papilas filiformes que parecen en forma de parches blancos gruesos, con poca sensibilidad durando días o meses; ciertos pacientes refieren prurito o una sensación quemante, donde se recomienda el uso de colutorios y con soluciones anestésicas o tópicos esteroides antimicóticos pero normalmente suelen ser asintomáticas en la mayoría de los casos, es por esto que no requiere tratamiento. ^{3, 18, 22,24}



Fig. 7 Lengua geográfica. Solca. Fuente; Estrella Daniela.

2.2.2.2 Eritema multiforme

Es una enfermedad inflamatoria de origen inmunitario que afecta piel y mucosa se presenta como una extensa y difusa sensibilidad extrema, acelerando las respuestas tisulares inducidas a los alrededores de los vasos de piel y mucosas.¹⁵

Los factores precipitantes son: Infecciones como herpes simple, Fármacos especialmente sulfamidas, penicilina, fenitoína, barbitúricos, yoduros, y silicilatos, Otros procesos con neoplasias malignas.

Suelen localizarse en la lengua, paladar, en la mucosa no queratinizada, siendo poco frecuente en el área gingival, se pueden observar zonas hiperémicas con pápulas, ampollas o erosiones eritematosas envuelto por pseudomenbrana de fibrina. ²⁶



Fig. 8 Erythema multiforme Joseph A. Regezi, James J. Sciubba, Richard C. K. Jordan Oral Pathology: Clinical Pathologic Correlations ELSEIVIER Editorial St. Louis, Missouri 2012, pag 31.

2.2.2.3 Síndrome de Sjogren

Se produce cuando existen otros signos o síntomas de patología autoinmunitaria. En el SS pueden darse también otras enfermedades del colágeno, como lupus eritematoso, esclerosis sistémica dermatomiositis y enfermedad mixta del tejido conjuntivo. ¹⁵

La etiología básica del SS es desconocida. Los signos y síntomas de sequedad y tumefacción son consecuencia de la reacción inmunológica que tiene lugar en el tejido parenquimatoso. ¹⁵

Las manifestaciones del SS más importantes son la sequedad oral (xerostomía) y la sequedad ocular (xeroftalmia). ¹⁵

La característica del SS es la reseca oral o xerostomía, las glándulas salivales al estar afectadas producen baja secreciones, dando como resultado la sensación de sed, dificultando las funciones del sistema masticatorio, para lo cual el paciente tiene necesidad de ingerir líquidos constantemente. A estos elementos se les puede asociar cambios en el tono de la voz, disminución de la agudeza del gusto, lengua seca, hiperémica y dolorosa, halitosis, gingivitis, periodontitis y caries dentales. ⁴⁹

2.2.2.4 Púrpura trombocitopénica trombótica

*“Es un trastorno plaquetario devastador, descrito por Moschowitz en 1925”*⁴¹. Tiene una incidencia casi nula de 4 casos por millón de habitantes
41

Síndrome caracterizado por hipertermia, anemia hemolítica, descompensaciones neurológicas y daño renal.⁴²

Además de la disminución de plaquetas en una cifra crítica, la alteración también puede producir púrpura. Las hemorragias petequiales son la forma más frecuente de púrpura observadas en la trombocitopenia y se caracterizan por máculas puntiformes rojas, púrpuras o pardas localizadas en la piel y mucosa más frecuente en el paladar y lengua.¹⁵

Fig. 9 Púrpura trombocitopénica. Solca. Fuente: Estrella Daniela.

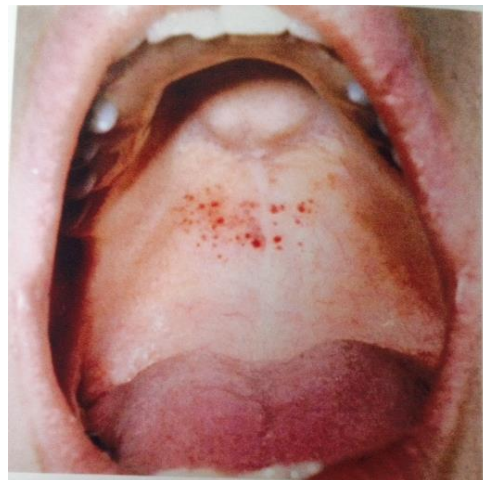


Fig. 10 Petequias palatinas. PHILIP SAPP, LEWIS R. EVERSOLE, GEORGE P. WY SOCKI, patología oral y maxilofacial contemporánea II edición. Editorial Elsevier, 2005, España. Pag 418.

2.2.2.5 Herpes simple

Virus herpes simple tipo 1 es un replicante nuclear envuelto, por lo general adquirida por contacto directo con lesiones infectadas o fluidos corporales,

saliva comúnmente. La prevalencia de la infección por herpes simple aumenta progresivamente desde la infancia, la cero prevalencia está inversamente relacionada con el origen socio económico. ⁴⁷ Primero las infecciones en los niños son asintomáticos o después de un período de incubación da lugar a erupciones vesiculares mucocutáneas, Herpéticas, gingivoestomatitis, normalmente afecta a la lengua, los labios, encías, mucosa bucal y el paladar duro y blando. Las infecciones recurrentes, son variables, suelen dar lugar a lesiones ulcerosas o vesiculares en las uniones mucocutáneas, siendo los labios la zona más predominante conocida como herpes labial, la infección en la boca es poco común en los pacientes sanos, aunque en inmunodeprimidos puede ser más extensa y / o agresiva. ⁴⁷.

En pacientes con leucemia es común encontrar ulceraciones causadas por el Virus Herpes Simple. ^{47,48}

Varios autores las han considerado que la quimioterapia es la causa de principal de complicaciones orales de este tipo, se caracterizan por ser dolorosas incómodas, dando una puerta de entrada a los microorganismos oportunistas por la pérdida epitelial que ocurre en la administración de drogas y presencia de mucositis. Con una correcta anamnesis se llega a un diagnóstico de estas lesiones de la cavidad oral. ⁴⁸

2.2.2.6 Queilitis angular por candidiasis

El termino queilitis se utiliza para describir a los procesos inflamatorios de la mucosa, submucosa y comisuras labiales que encontramos en forma de úlceras ³⁴. Es una manifestación comúnmente relacionada a pacientes VIH positivo, donde la Cándida está presente sola o junto al Staphilococcus aureus, formando láminas blancas adheridas en forma irregular como costras en los labios o ulceraciones en las comisuras provocando sensación

de quemazón o dolor y en algunos casos muestran presencia de xerostomía, se la considera dentro del grupo de la candidiasis.³⁴

2.2.2.7 Leucoplasia vellosa

Infección oportunista en pacientes VIH + que se relaciona directamente con el virus de Epstein Barr, que asimismo produce baja de linfocitos CD4.²³

Se manifiesta como una lesión predominante blanquecina de la mucosa oral precancerosa inconfundible con otra lesión o enfermedad conocida¹⁹. La prevalencia varía del 0.2% al 5%¹⁹, su etiología se basa en pacientes fumadores o que presentaron candidiasis.

Clinicamente la leucoplasia se presenta como una lesión blanca generalmente encontrada en los márgenes de la lengua en forma de papilas prolongadas que no se deforma a la remoción, tienden a tener un aspecto vellosa, es por esto su término, se observa como leucoplasia oral homogénea y leucoplasia oral no homogénea^{19, 23}

Por ser muy frecuente su recidiva en la mayoría de los casos el uso de antivirales o extirpación quirúrgica no suelen ser el tratamiento a elección. Estas manifestaciones se relaciona estrechamente con el padecimiento del SIDA.²³

2.2.3 Grupo 3: Patologías de poca frecuencia en enfermedades inmunodepresoras.

2.2.3.1 Estomatitis aftosa recidivante

Es la patología más frecuente de todas las lesiones de la mucosa oral, y afecta entre el 20 y el 40 % de la población general. Los niños entre 10 y 19 años de edad son los más afectados.^{29, 31}

En todos los tipos de úlceras aparece una lesión de color amarillo o blanco en los estadios iniciales. El borde de la úlcera está bien definido con un halo

de eritema marginal, pero la forma puede volverse irregular a medida que la úlcera cicatriza ³⁰.

Se describen estas lesiones como únicas o se presentan en conjunto de



improvisto, son poco tamaño, escasa profundidad, pero recidivantes erosivas y dolorosas, y desaparecen sin dejar huella.³⁰.

Fig. 11 Estomatitis aftosa recidivante. Hospital Icaza Bustamante. Fuente. Estrella Daniela.

2.2.3.2 Infecciones por hongos (no candidiasis)

Hay varias infecciones causadas por hongos que no son relacionadas con la candidiasis, estas tienen menos efectos sobre la mucosa oral propiamente dicha como lo son: Herpes Zóster (HZV), Citomegalovirus (CMV), Virus de Epstein-Barr, Histoplasma capsulatum, entre otros; es importante recordar que estos hongos se presentan con mayor prevalencia en pacientes inmunodeprimidos causando enfermedades sistémicas, a la vez que son un elemento de pronóstico en el curso evolutivo de estas enfermedades.

2.2.3.3 Liquen plano

Enfermedad crónica de la mucosa oral frecuente, que afecta al tejido escamoso estratificado. Su prevalencia varía entre el 0,2 y el 4%. ^{33, 51}. “Se caracteriza por la presencia de un conjunto de líneas blanquecinas ligeramente elevadas llamadas estrías de Wickham que se distribuyen en forma de retículo sobre una mucosa normal o eritematosa, al liquen plano

reticular. ^{33,51}En el liquen plano atrófico erosivo se observa una disminución del epitelio, que da lugar a la formación de erosiones y úlceras, ya que el epitelio atrófico es muy fino y puede quebrantarse ante mínimos traumatismos". ³³Es considerada una lesión de tipo precanceroso, por su contribución a las alteraciones mucosas, que suelen desencadenar en un carcinoma oral en algunos casos ^{33,51}

2.2.3.4 Xerostomía

La xerostomía es un síntoma que manifiestan prácticamente la totalidad de los pacientes irradiados por cáncer de cabeza y cuello ⁴⁰, se describe como La hipofunción salival, es la disfunción de la glándula salival producida por diversas causas, medicamentos o radioterapia, y que predispone a enfermedades de la mucosa oral.³⁸ La función protectora de la saliva está disminuida o ausente en los pacientes con xerostomía; por lo tanto, la mucosa oral se torna vulnerable a infecciones como candidiasis, síndrome de la boca seca y lesiones aftosas.³⁸

Obviamente, la saliva es una sustancia difícil de sustituir, rara vez son eficaces los sustitutos de la la misma y algunos pacientes encuentran apropiado beber regularmente agua. Por otra parte, los sustitutos artificiales no tienen las propiedades antibacterianas e inmunológica propia de la protección de la saliva y, por lo tanto, no se excluye la la necesidad de cuidado dental regular y adecuado. Enjuagues bucales antimicrobianos, tales como clorhexidina y hexitidina, juegan un papel importante en la reducción de bacterias y cariogénesis.

Las recomendaciones para disminuir las molestias que ocasiona la xerostomía son no consumir alcohol ni tabaco. El tratamiento de elección debe ser principalmente prevenir las alteraciones de la mucosa oral, siendo de vital importancia mantener la buena higiene oral, usando simultáneamente agentes que estimulen la producción de la saliva,

fluoraciones periódicas y frecuentes controles estomatológicos. Si el padecimiento es de mayor gravedad se recomienda implementar terapia antifúngica, de ser necesario la combinación con corticoesteroides.

Por otro lado, la radioterapia considerada como un instrumento eficaz para controlar y curar los tumores de cabeza y cuello produce efectos adversos, como la xerostomía, lo que lleva a la colonización o infección oral por *C. Albicans* principalmente.⁴ La candidiasis oral en este tipo de pacientes inmunocomprometidos puede diseminarse a través del torrente sanguíneo o del tracto gastrointestinal superior a otras partes del cuerpo y ocasionar una infección más severa aumentada significativamente la morbilidad y mortalidad en ellos.⁴⁶

2.3 Protocolo de atención odontológica en pacientes inmunodeprimidos

2.3.1 Bioseguridad en la consulta

El odontólogo debe conocer el estado físico actual y la etapa de la infección en la que se encuentra el paciente, para ello establece la comunicación con el médico tratante del paciente. La contaminación disminuye de manera importante con la utilización de métodos de bioseguridad:

- Desinfectar escupidoras y superficies con químicos bactericidas.
- Cubrir las superficies con plástico o aluminio antes y después de la limpieza
- Utilizar batas, mandiles con puños cerrados, o desechables previamente desinfectados
- Usar mascarillas, gafas o máscara.
- Utilizar guantes, lavándose las manos previamente antes y después de la utilización

- Esterilizar o desinfectar el todo el instrumental.
- El instrumental debe ser neutralizado previamente en una solución de hipoclorito de sodio al 5,25% con una formula de un cuarto de taza de hipoclorito de sodio en un galón de agua antes del lavado.

Conocer el tratamiento medicinal al que está sometido el paciente y realizar interconsulta con el médico tratante si lo considera necesario.

El odontólogo debe manejar las medidas de bioseguridad estrictas , para todo paciente en general sin exclusiones.

Los anestésicos locales orales, utilizados son los mismos que se usan en un paciente sin VIH, a excepción de los pacientes que tiene un compromiso sistémico mayor y requieren anestésicos sin vasoconstrictor.

2.3.2 inicio del tratamiento dental:

- Historia clinica completa
- Medidas de bioseguridad.
- Examen extraoral de cabeza y cuello
- Examen intraoral
- Examen radiográfico
- Citas cortas para contrarrestar la desesperación de los pequeños.
- Aislamiento del campo operatorio.
- Fluorización según el estado dental del paciente.
- Eliminación de Caries y restauración de superficies.
- Colocacion de sellantes para prevención.

- Retiro de dentina afectada de manera cuidadosa para no involucrar pulpa.
- Raspaje y alisado supragingival, tratamiento periodontal completo solo con interconsultas médicas.
- Endodoncias: tener principal cuidado con objetos cortopunzantes y fluidos.
- Uso de antibióticos y analgésicos mediante interconsulta.
- Extracciones: para la colocación de anestésicos se debe de hacer un solo intento, no más, para evitar hacer daño a los vasos sanguíneos.
- Es necesario realizar presión sostenida, suturar y colocar un agente hemostático como GelfoamMR.
- Remoción mecánica de factores irritantes locales. Tener en cuenta estado inmunológico para evitar complicaciones que se debe manejar con el médico tratante.
- Cirugía: Tener en cuenta carga viral, conteo de CD4, recuento plaquetario y pruebas de coagulación. –Uso de antibióticos, analgésicos y agentes hemostáticos si es necesario.

Recomendaciones durante el tratamiento:

- ✓ Evaluar la hemostasia del paciente.
- ✓ Constatar el riesgo de septicemia. Profilaxis antibiótica.
- ✓ Eliminación de focos sépticos, abscesos y celulitis. Interconsulta.
- ✓ Diagnóstico oportuno y tratamiento de lesiones orales (Hongos, bacterias y las infecciones virales).

- ✓ Control de la xerostomía.
- ✓ Dieta y recomendaciones de higiene oral.
- ✓ Manipulación suave de los tejidos bucales , es recomendable lubricar los labios y comisuras labiales.
- ✓ Manejo de úlceras de origen viral si se producen recidivas, consulte con el médico de cabecera.

2.3.3 Técnicas de higiene oral

Es recomendable utilizar cepillo dental de mango recto, con cerdas de nylon depocas hileras un máximo de 3, con el método de Bass modificado, mínimo 3 a 4 veces al día, haciendo enjuagues bucales frecuentemente, para evitar restos de pasta dental y mayor proliferación bacteriana.

Se deben usar pastas con mayor concentración de fluor para minimizar los problemas dentales. Es preferible no utilizar pastas con sabor porque muchos de los saborizantes pueden producir lesiones en los tejidos orales por lo que se sugiere usar sabor neutro.

Para reducir el riesgo de trauma y lesiones en tejidos blandos se recomienda enjuagar por 30 segundos el cepillo con agua caliente para ablandarlo y desinfectarlo antes del cepillado diario.

No debe ser tapado el cepillo cuando está húmedo se sugiere dejarlo secar al aire libre para evitar colonización bacteriana y contaminación, a su vez cambiarlo cada 2 meses o cuando sus cerdas pierdan forma.

El uso de cepillos de espuma o solo el uso de gel fluorado se recomienda en casos en los que no se pueda lograr la higiene oral con el cepillo común, esto aplica a pacientes que se encuentran hospitalizados o posteriores a

tratamientos como radioterapia o quimioterapia donde poseen un elevado riesgo de hemorragia.

El uso de enjuagues antimicrobianos en especial la clorhexidina al 0.12% libre de alcohol durante 1-5 minutos despues del cepillado contribuye a la remocion completa de placa bacteriana, en casos en los que se encuentre alergia al mismo se puede utilizar yodo povidona como colutorio de reemplazo.

3. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 Materiales

3.1.1 Lugar de la investigación

El estudio se llevó acabo en el Hospital Pediátrico Ycaza Bustamante, Instituto Oncológico Dr. Juan Tanca Marengo (SOLCA) área de Pediatría consulta ambulatoria y en la Fundación VIHDA que proporcionó la ayuda y el espacio físico para realizar la charla de educación oral a los pacientes com VIH del hospital Ycaza Bustamante, misma que se encuentra ubicada en la ciudad de Guayaquil

3.1.2 Períodos de la investigación

La investigación se llevó acabo en el periodo de Junio hasta Agosto del 2015.

3.1.3 Recursos empleados:

3.1.3.1 Recursos humanos:

- Dra. Adriana Amado, especialista en Odontopediatría, catedrática de la carrera de odontología de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, tutora de Tesis.
- Dr. Guido Panchana Director del departamento de Docencia e Investigación, SOLCA.
- Dr. Enrique Benites Quintero jefe de Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello. Otorrinolaringología. H. Solca.
- Dr. Luis Espín. Pediatra Oncólogo. Jefe del Servicio de Pediatría. H. Solca.
- Dr. Juan Carlos Pérez, (Patólogo) Director del Departamento de Patología del Hospital Oncológico Solca.
- Dra. Carriel Directora del Departamento de Admisión.
- Dra. MSC. María Angélica Terreros de Huc, Maestría en Investigación Clínica y Epidemiológica, profesora de metodología de la investigación, catedrática de la carrera de odontología de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, asesora metodológica.

3.1.3.2 Recursos físicos

Elementos de bioseguridad

- Mandil,
- Guantes,
- Mascarilla,
- Gorro,
- Gafas protectoras
- Material básico de diagnóstico oral: espejo, explorador, pinza algodонера, sonda periodontal, abre bocas, baja lenguas.
- Líquido revelador de placa bacteriana.
- Alcohol antiséptico

- Torundas de algodón.
- Historias clínicas
- Encuesta a padres de familia
- Papelería (bolígrafos, carpetas, borradores, lápices, papeles, entre otros)
- Funda roja para recolección y eliminación de desechos contaminantes
- Cámara fotográfica
- Computadora
- Impresora
- Scanner
- Hospital Pediátrico Ycaza Bustamante
- Instituto Oncológico Dr. Juan Tanca Marengo (SOLCA)
- Fundación VIHDA.

3.1.4 Universo:

El universo de este estudio se conformó por todos los niños de 3 a 15 años pacientes de los Hospitales Solca y Pediátrico Ycaza Bustamante, dando un total de 100 niños.

3.1.5 Muestra

Formaron parte del estudio todos los pacientes de los Hospitales Ycaza Bustamante y Oncológico Solca que cumplieron los criterios de inclusión, dando una muestra de 100 niños. (n=100)

3.1.5.1 Criterios de inclusión de la muestra

- Paciente pediátricos inmunodeprimidos con tratamiento médico comprendidos entre las edades de 3 a 15 años
- Pacientes cuyos padres firmen el consentimiento informado
- Pacientes pediátricos inmunodeprimidos que asistieron a la consulta los días de investigación.

3.1.5.2 Criterios de exclusión de la muestra

- Paciente pediátrico sin enfermedades inmunodepresoras.
- Pacientes pediátricos inmunodeprimidos sin tratamiento medico
- Pacientes pediátricos fuera del rango de edad de 3 a 15 años.
- Decisión de los padres de familia de no participar en el presente estudio.
- Pacientes que no acudieron los días de investigación a la consulta o a las charlas.

3.1.5.3 criterios de eliminacion

- Se excluyeron los pacientes sanos.
- Se excluyen pacientes que no asistieron a las charlas y/o consultorios.

3.2 Métodos:

3.2.1 Tipo de investigación:

Investigación de tipo transversal realizado en 100 pacientes de los Hospitales Ycaza Bustamante y Oncológico Solca.

3.2.2 Diseño de la investigación:

Estudio de método analítico, descriptivo donde se observó la presencia o no de los tipos de patologías orales oportunistas más frecuentes en pacientes con inmunodepresión.

3.2.2.1 Procedimientos

1. Se procedio a pedir autorizaciones a los Hospitales: Oncológico Solca y el H. Pediátrico Ycaza Bustamante.
2. Una vez aprobado el permiso se procedio a fijar las fechas y ubicación del área para la ejecución de la misma con las Autoridades Competentes de los Hospitales en el área Pedriátrica del H. Oncologico Solca y en el área de Infectología del H. Ycaza Bustamante.

3. Se realizó la carta de consentimiento informado para los padres de familia de los pacientes que fueron incluidos en el estudio, con el rango de edades de 3 a 18 años, se explicó con detalles las finalidades del mismo y los procedimientos a seguir.
4. Se procedió a realizar en varias etapas el estudio tipo transversal.
5. Se realizó una encuesta a los padres de familia sobre la higiene oral de los representados y sus hábitos alimenticios. En varios tiempos primeramente en el H. Oncológico Solca, luego se citaron a los pacientes del H. Ycaza Bustamante en la sala de Conferencias de la Fundación VIHDA quienes prestaron su colaboración para la etapa de pacientes con Sida y Lupus.
6. Se procedió a realizar charlas de motivación, prevención y cuidados orales en casa, para padres e hijos.
7. Se les dio una hoja elaborada sobre los métodos de higiene oral a los representantes.
8. Se examinó la cavidad oral de los pacientes, se indagó sobre el sangrado de encías al cepillado, se utilizó espejos bucales, abre bocas, líquido revelador de placa, para determinar el índice de placa bacteriana presente, cumpliendo todas las normas de esterilización y bioseguridad en la mayoría de los casos, por el alto índice de inmunodepresión que estos pacientes presentaban se optó por el mejor método recomendado por los doctores de cabecera, utilizando con más frecuencia los bajalenguas, para las tomas de las fotografías.
9. Cada niño tuvo su propio kit de examinación, además de su propio babero y campo desechable.
10. Se utilizó mandil, gorro, gafas, mascarilla y guantes desechables.
11. Se registraron los datos en la historia clínica
12. Se tomaron fotografías intraorales en los pacientes.

3.2.2.2 Análisis estadístico

Para el análisis de los resultados se realizó en hojas de cálculo del programa de Microsoft Excel, donde todos los datos se expresaron como frecuencia absoluta y porcentaje. Posteriormente la información fue analizada en el programa estadístico SPSS 19.0 (Statistical Product and Service Solutions para Windows) para la confección de tablas y gráficos. Para la descripción de las variables se emplearon frecuencias simples, porcentajes, promedios, desviación estándar e intervalos de confianza al 95%. Para la determinar la relación entre variables cualitativas se empleó la prueba de Chi cuadrado considerándose significativos valores de $P < 0.05$.

4. RESULTADOS

4.1 Distribución de pacientes por edad y género

4.1.1 Distribución de pacientes por edad

Tabla 1. Distribución de los pacientes por edad.

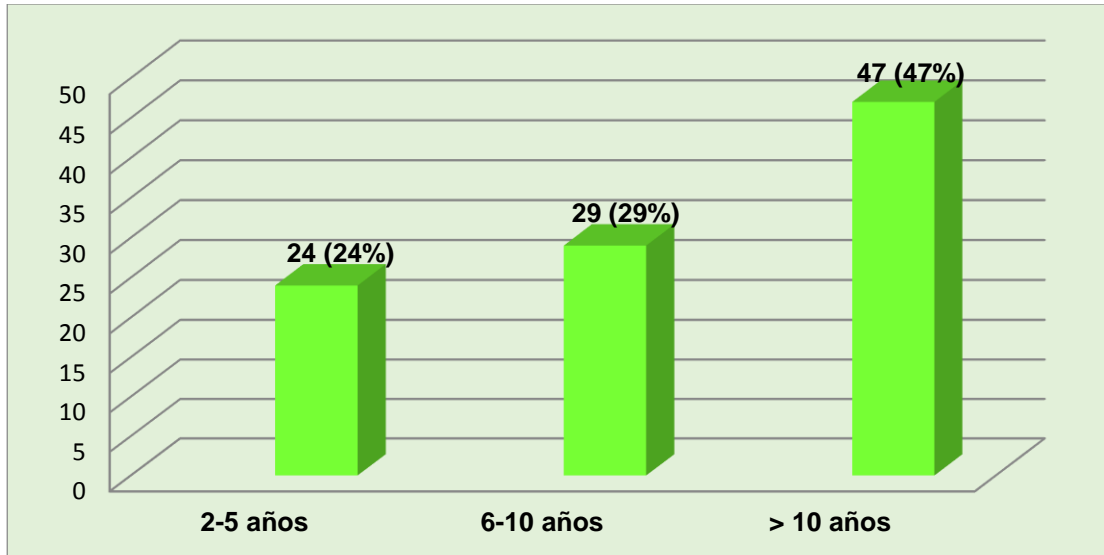
Grupos etarios	Frecuencia	Porcentaje
2-5 años	24	24
6-10 años	29	29
> 10 años	47	47
Total	100	100

Fuente: Hospital Dr. Francisco de Icaza Bustamante- Hospital Oncológico SOLCA.

Autor: Daniela María Estrella Froment.

Análisis y discusión: La muestra estuvo constituida por 100 niños de los cuales el 47% (47) correspondió al grupo etario de mayores de 10 años. La edad media fue de 9,07 años (Rango: 3-15 años).

Ilustración 1. Distribución de los pacientes por edad



Fuente: Hospital Dr. Francisco de Icaza Bustamante- Hospital Oncológico SOLCA.

Autor: Daniela María Estrella Froment.

4.1.2 Distribución de pacientes por género

Tabla 2. Distribución de los pacientes por género.

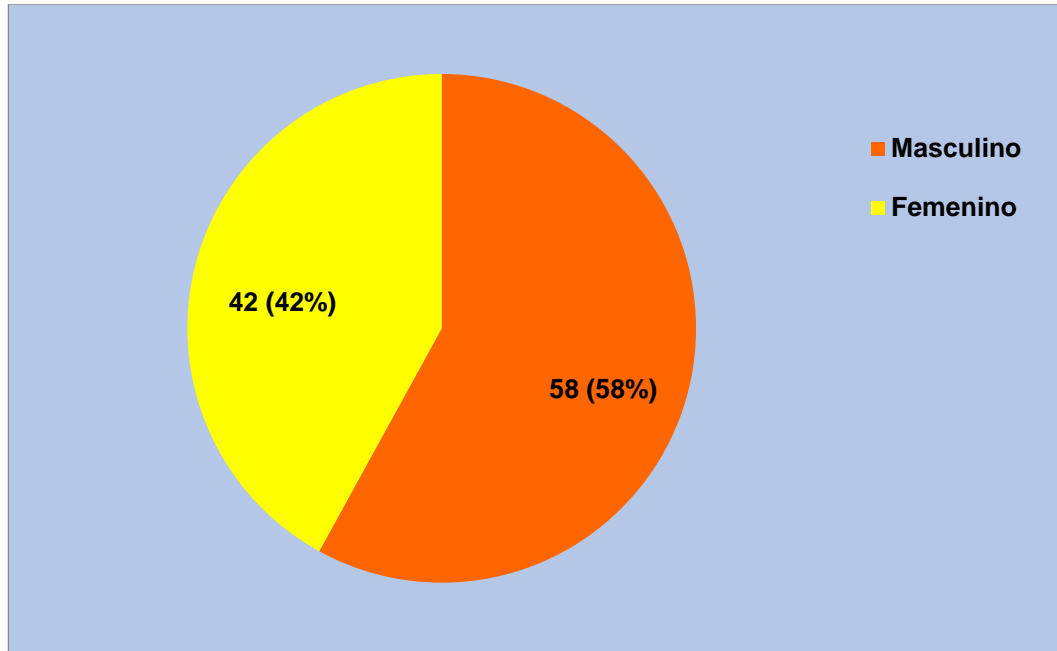
Género sexual	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	58	58
Femenino	42	42
Total	100	100

Fuente: Hospital Dr. Francisco de Icaza Bustamante- Hospital Oncológico SOLCA.

Autor: Daniela María Estrella Froment.

Análisis y discusión: Los pacientes masculinos representaron el 58% (58) del total de la muestra.

Ilustración 2. Distribución de los pacientes por género.



Fuente: Hospital Dr. Francisco de Icaza Bustamante- Hospital Oncológico SOLCA.

Autor: Daniela María Estrella Froment.

4.1.3 Distribución de pacientes por género según los grupos de edad.

Tabla 3. Distribución de los pacientes por género.

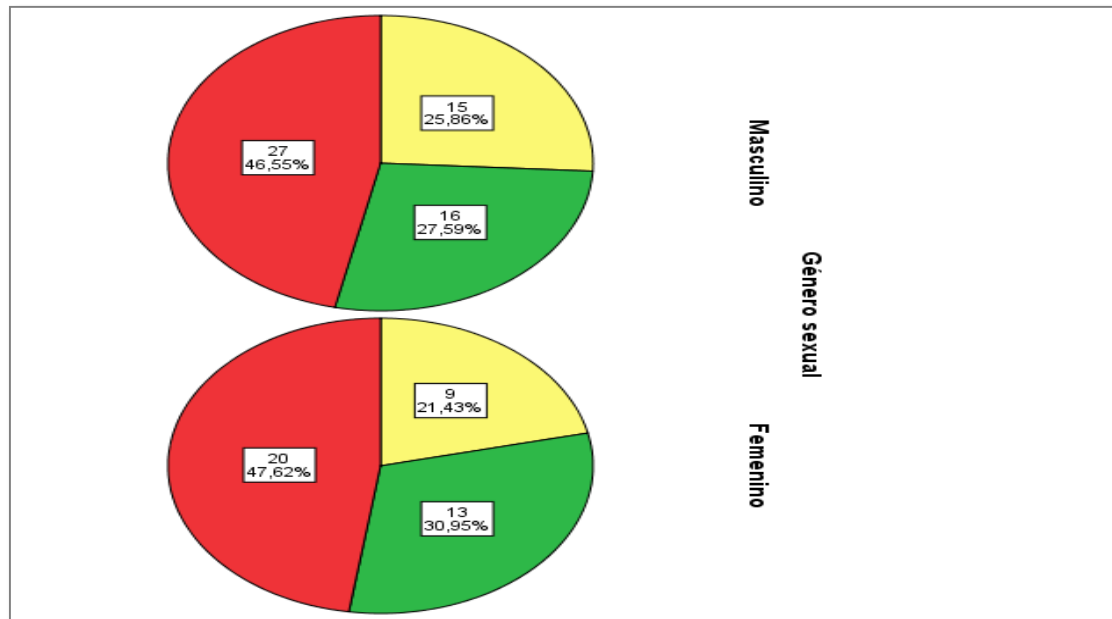
Género sexual según grupos de edad			Género sexual		Total
			Masculino	Femenino	
Grupos etarios	2-5 años	Recuento	15	9	24
		% dentro de Género sexual	25,9%	21,4%	24,0%
	6-10 años	Recuento	16	13	29
		% dentro de Género sexual	27,6%	31,0%	29,0%
	> 10 años	Recuento	27	20	47
		% dentro de Género sexual	46,6%	47,6%	47,0%
Total		Recuento	58	42	100
		% dentro de Género sexual	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Hospital Dr. Francisco de Icaza Bustamante- Hospital Oncológico SOLCA.

Autor: Daniela María Estrella Froment.

Análisis y discusión: De total de pacientes de esta investigación, 58 eran de sexo masculino, de los cuales el 46,6% (27) fueron niños > de 10 años. Hubieron 42 pacientes de sexo femenino, de las cuales el 47,6% (20) eran > de 10 años.

Ilustración 3. Distribución de los pacientes por género.



Fuente: Hospital Dr. Francisco de Icaza Bustamante- Hospital Oncológico SOLCA.

Autor: Daniela María Estrella Froment.

4.2 Distribución de pacientes por lugar de procedencia.

Tabla 4. Distribución de los pacientes por lugar de procedencia.

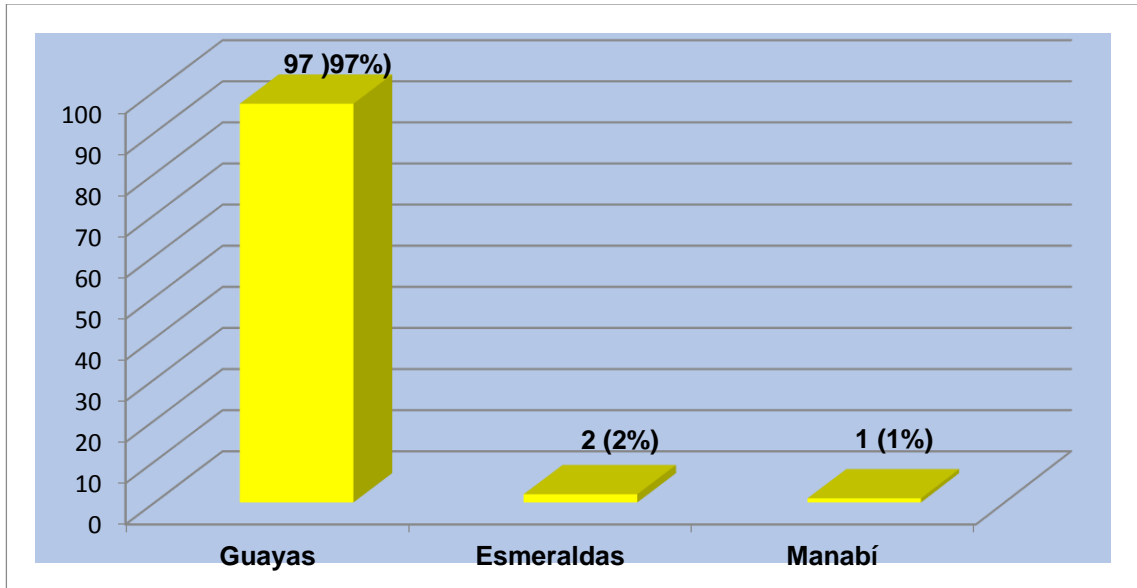
Lugar de procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Guayas	97	97
Esmeraldas	2	2
Manabí	1	1
Total	100	100

Fuente: Hospital Dr. Francisco de Icaza Bustamante- Hospital Oncológico SOLCA.

Autor: Daniela María Estrella Froment.

Análisis y discusión: Del total de pacientes de esta investigación (100), el 97% (97) procedía de la provincia del Guayas. Esmeraldas y Manabí representaron porcentajes menores.

Ilustración 4. Distribución de los pacientes por lugar de procedencia.



Fuente: Hospital Dr. Francisco de Icaza Bustamante- Hospital Oncológico SOLCA.

Autor: Daniela María Estrella Froment.

4.3 Distribución de pacientes por lugar de residencia.

Tabla 5. Distribución de los pacientes por lugar de residencia.

Lugar de residencia	Frecuencia	Porcentaje
Urbana	76	76
Rural	24	24
Total	100	100

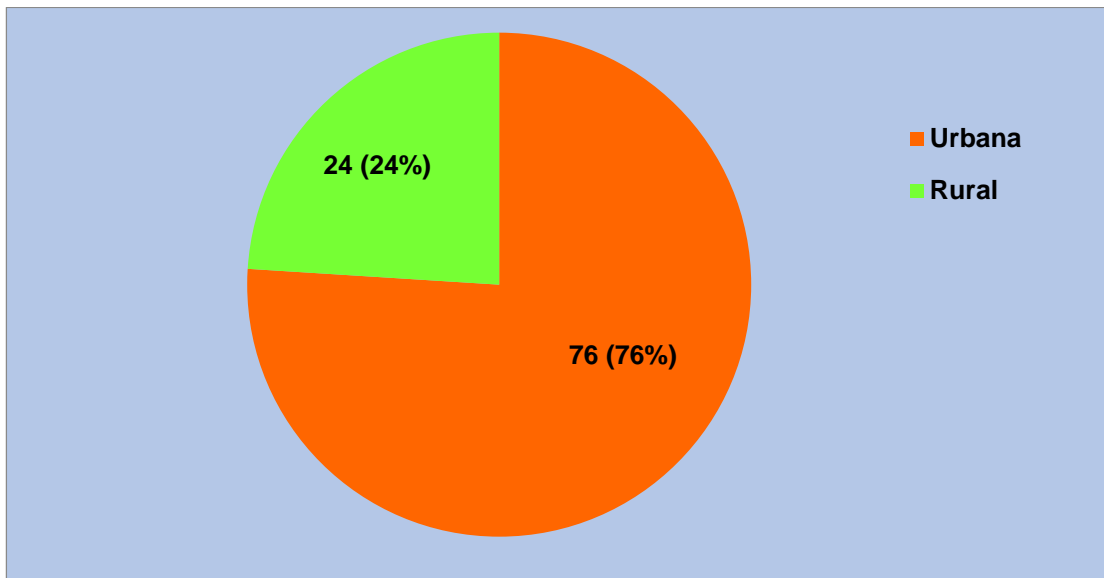
Fuente: Hospital Dr. Francisco de Icaza Bustamante- Hospital Oncológico SOLCA.

Autor: Daniela María Estrella Froment.

Análisis y discusión: Del total de pacientes de esta investigación (100), el 76% (76)

residían en zonas urbanas y el 24% (24) en zonas rurales.

Ilustración 5. Distribución de los pacientes por lugar de residencia.



Fuente: Hospital Dr. Francisco de Icaza Bustamante- Hospital Oncológico SOLCA.

Autor: Daniela María Estrella Froment.

4.4 Distribución de pacientes según factores de riesgo asociados.

Tabla 6. Distribución de los pacientes según presencia de factores de riesgo asociados.

Comorbilidades	Frecuencia	Porcentaje
Si	11	11,0
No	89	89,0
Total	100	100,0

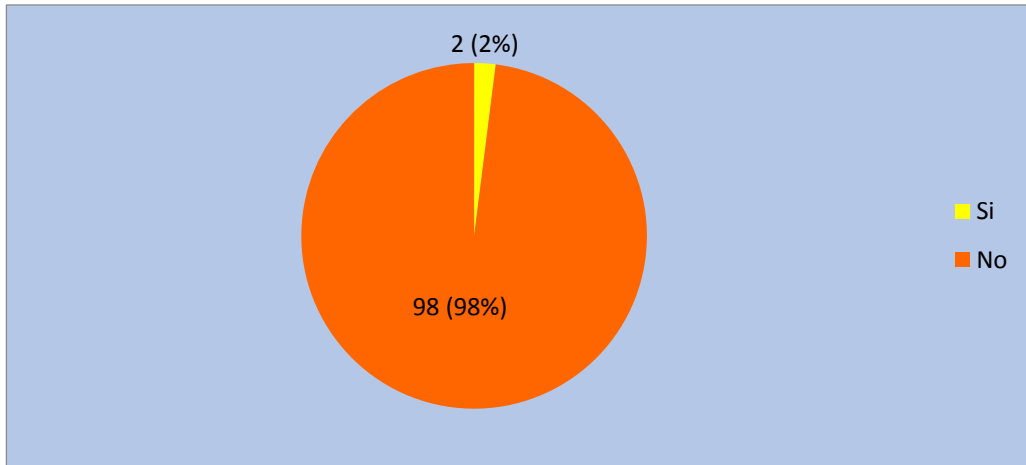
Fuente: Hospital Dr. Francisco de Icaza Bustamante- Hospital Oncológico SOLCA.

Autor: Daniela María Estrella Froment.

Análisis y discusión: Del total de pacientes de esta investigación (100), el 11% (11)

presento factores de riesgo asociados.

Ilustración 6. Distribución de los pacientes según presencia de factores de riesgo asociados.



Fuente: Hospital Dr. Francisco de Icaza Bustamante- Hospital Oncológico SOLCA.

Autor: Daniela María Estrella Froment.

4.5 Distribución de pacientes según tipo de factores de riesgo.

Tabla 7. Distribución de los pacientes según tipo de factores de riesgo asociados.

Tipo de factor de riesgo	Frecuencia	Porcentaje
Deficiencia renal	9	82%
Diabetes Mellitus juvenil	1	9%
Asma bronquial	1	9%
Total	11	100%

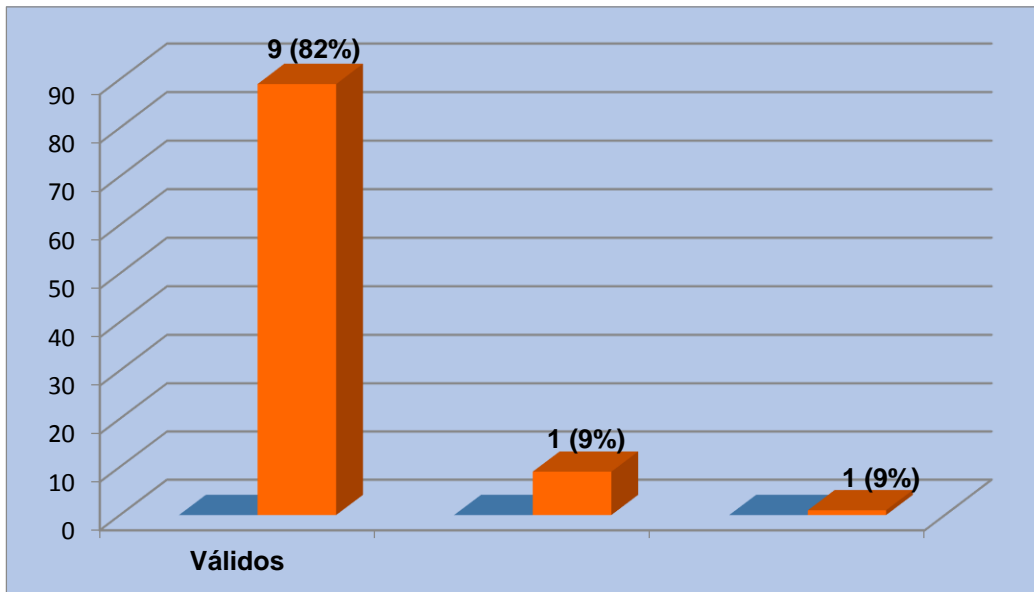
Fuente: Hospital Dr. Francisco de Icaza Bustamante- Hospital Oncológico SOLCA.

Autor: Daniela María Estrella Froment.

Análisis y discusión: Del total de pacientes con factor de riesgo asociados (11), el 82%

(9) presentó deficiencia renal.

Ilustración 7. Distribución de los pacientes según tipo de factores de riesgo.



Fuente: Hospital Dr. Francisco de Icaza Bustamante- Hospital Oncológico SOLCA.

Autor: Daniela María Estrella Froment.

4.6 Distribución de pacientes según Escolaridad.

Tabla 8. Distribución de los pacientes según Escolaridad.

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	58	58
Secundaria	40	40
Ninguna	2	2
Total	100	100

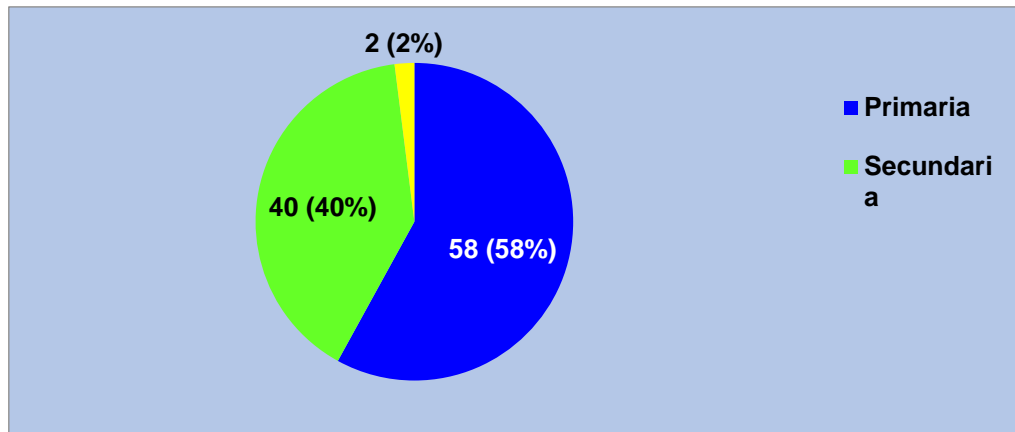
Fuente: Hospital Dr. Francisco de Icaza Bustamante- Hospital Oncológico SOLCA.

Autor: Daniela María Estrella Froment.

Análisis y discusión: Del total de pacientes de esta investigación (100), el 58% (58) cursaban primaria, el 40% (40) eran de secundaria y el 2% (2) no cursaba estudios de

ningún tipo.

Ilustración 8. Distribución de los pacientes según Escolaridad.



Fuente: Hospital Dr. Francisco de Icaza Bustamante- Hospital Oncológico SOLCA.

Autor: Daniela María Estrella Froment.

4.7 Distribución de pacientes según el tipo de enfermedad inmunosupresora.

Tabla 9. Distribución de los pacientes según el tipo de enfermedad inmunosupresora.

Enfermedad inmunosupresora	Frecuencia	Porcentaje
Leucemia	60	60
VIH	16	16
Osteosarcoma	5	5
Hepatoblastoma	3	3
Retinoblastoma	3	3
Linfoma Hodgkin	3	3
Tumor cerebral	2	2
Otros CA	8	8
Total	100	100

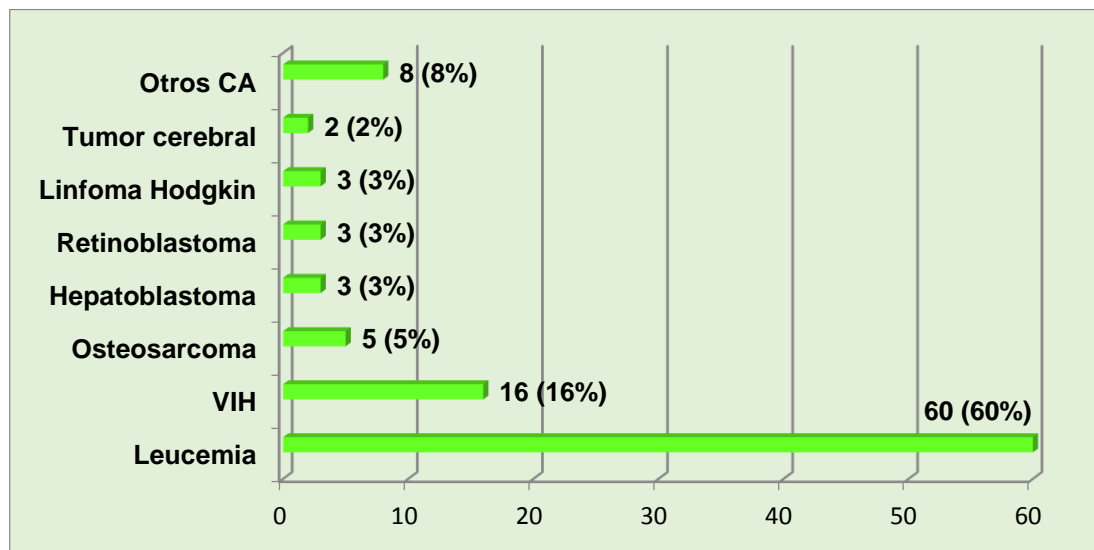
Fuente: Hospital Dr. Francisco de Icaza Bustamante- Hospital Oncológico SOLCA.

Autor: Daniela María Estrella Froment.

Análisis y discusión: Del total de pacientes de esta investigación (100), la leucemia

(60%) y la infección por V.I.H (16%) representaron las enfermedades inmunosupresoras de mayor frecuencia.

Ilustración 9. Distribución de los pacientes según el tipo de enfermedad inmunosupresora.



Fuente: Hospital Dr. Francisco de Icaza Bustamante- Hospital Oncológico SOLCA.

Autor: Daniela María Estrella Froment.

4.8 Distribución de pacientes según los controles odontológicos.

Tabla 10. Distribución de los pacientes según los controles odontológicos.

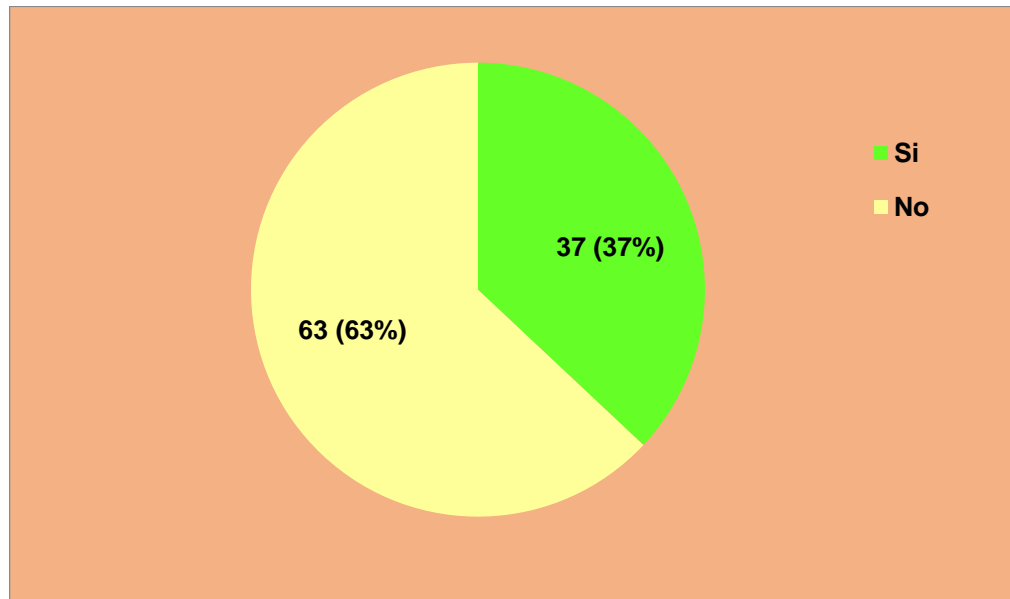
Controles odontológicos	Frecuencia	Porcentaje
Si	37	37
No	63	63
Total	100	100

Fuente: Hospital Dr. Francisco de Icaza Bustamante- Hospital Oncológico SOLCA.

Autor: Daniela María Estrella Froment.

Análisis y discusión: Del total de pacientes de esta investigación (100), el 37% (37) tenía controles odontológicos.

Ilustración 10. Distribución de los pacientes según los controles odontológicos.



Fuente: Hospital Dr. Francisco de Icaza Bustamante- Hospital Oncológico SOLCA.

Autor: Daniela María Estrella Froment.

4.9 Distribución de pacientes según el número de controles odontológicos.

Tabla 11. Distribución de los pacientes según el número de controles odontológicos.

Número de controles odontológicos	Frecuencia	Porcentaje
< 3 controles	98	98
> 3 controles	2	2
Total	100	100

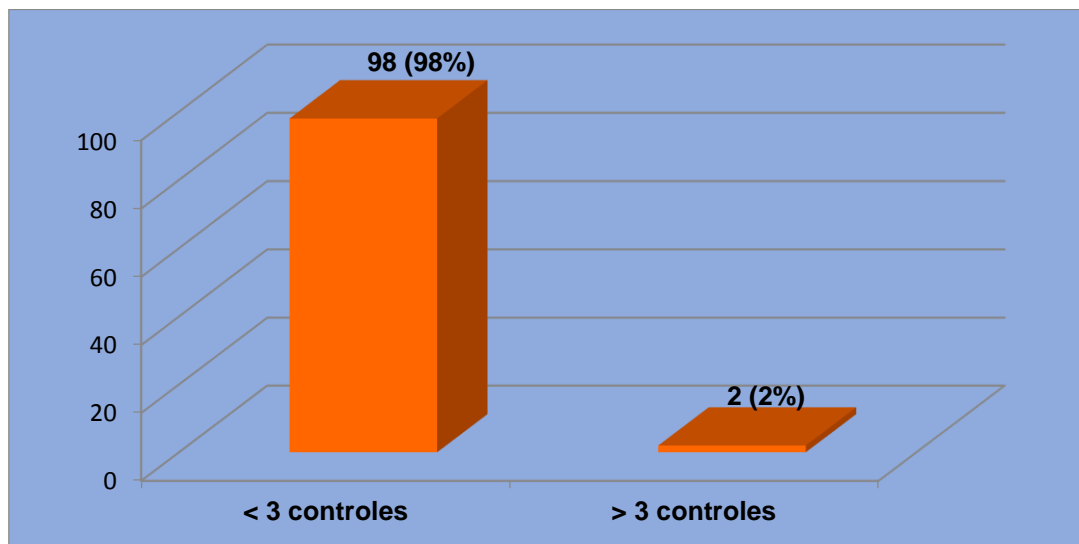
Fuente: Hospital Dr. Francisco de Icaza Bustamante- Hospital Oncológico SOLCA.

Autor: Daniela María Estrella Froment.

Análisis y discusión: Del total de pacientes de esta investigación (100), el 98% (98)

tenía < de 3 controles odontológicos. El promedio de controles odontológicos es de 0,68 controles (Rango: 0-6 controles).

Ilustración 11. Distribución de los pacientes según el número de controles odontológicos.



Fuente: Hospital Dr. Francisco de Icaza Bustamante- Hospital Oncológico SOLCA.

Autor: Daniela María Estrella Froment.

4.10 Distribución de pacientes según la higiene dental en casa.

Tabla 12. Distribución de los pacientes según la higiene dental en casa.

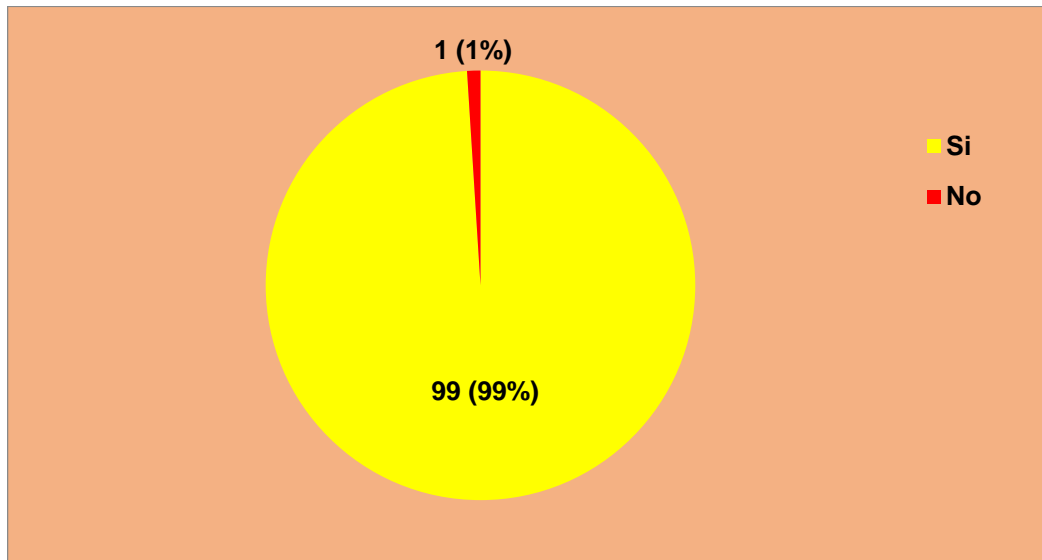
Higiene dental en casa	Frecuencia	Porcentaje
Si	99	99
No	1	1
Total	100	100

Fuente: Hospital Dr. Francisco de Icaza Bustamante- Hospital Oncológico SOLCA.

Autor: Daniela María Estrella Froment.

Análisis y discusión: Del total de pacientes de esta investigación (100), el 99% (99) si realizaba higiene dental en su domicilio.

Ilustración 12. Distribución de los pacientes según la higiene dental en casa.



Fuente: Hospital Dr. Francisco de Icaza Bustamante- Hospital Oncológico SOLCA.

Autor: Daniela María Estrella Froment.

4.11 Distribución de pacientes según el número de cepillado dental al día.

Tabla 13. Distribución de los pacientes según el número de cepillado dental al día.

Numero de cepillado dental al día	Frecuencia	Porcentaje
< 3 cepillados al día	73	73
> 3 cepillados al día	27	27
Total	100	100

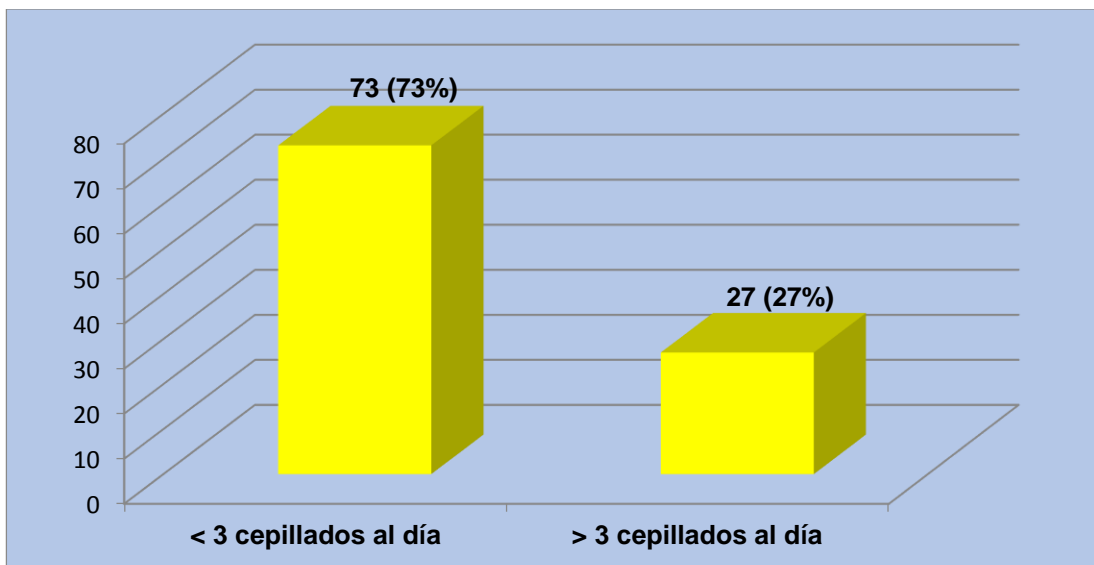
Fuente: Hospital Dr. Francisco de Icaza Bustamante- Hospital Oncológico SOLCA.

Autor: Daniela María Estrella Froment.

Análisis y discusión: Del total de pacientes de esta investigación (100), el 73% (73)

realizaba < 3 cepillado de dientes al día. El promedio de cepillado dental diario es de 2,84 veces al día (Rango: 0-6 veces/día).

Ilustración 13. Distribución de los pacientes según el número de cepillado dental al día.



Fuente: Hospital Dr. Francisco de Icaza Bustamante- Hospital Oncológico SOLCA.

Autor: Daniela María Estrella Froment.

4.12 Distribución de pacientes que realizan enjuague bucal.

Tabla 14. Distribución de los pacientes que realizan enjuague bucal.

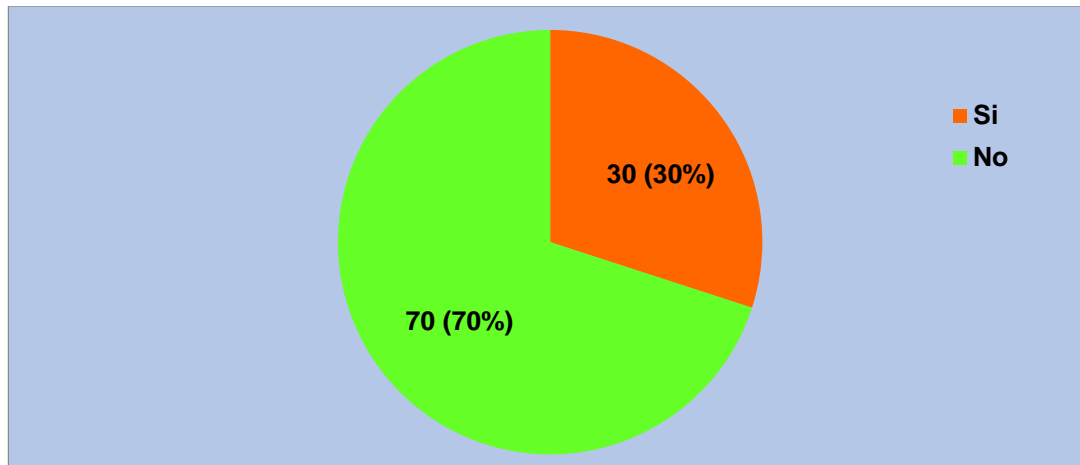
Enjuague bucal	Frecuencia	Porcentaje
Si	30	30
No	70	70
Total	100	100

Fuente: Hospital Dr. Francisco de Icaza Bustamante- Hospital Oncológico SOLCA.

Autor: Daniela María Estrella Froment.

Análisis y discusión: Del total de pacientes de esta investigación (100), el 30% (30) si realizaba enjuague bucal.

Ilustración 14. Distribución de los pacientes que realizan enjuague bucal.



Fuente: Hospital Dr. Francisco de Icaza Bustamante- Hospital Oncológico SOLCA.

Autor: Daniela María Estrella Froment.

4.13 Distribución de pacientes según el tipo de enjuague bucal que utilizan.

Tabla 15. Distribución de los pacientes según el tipo de enjuague bucal utilizado.

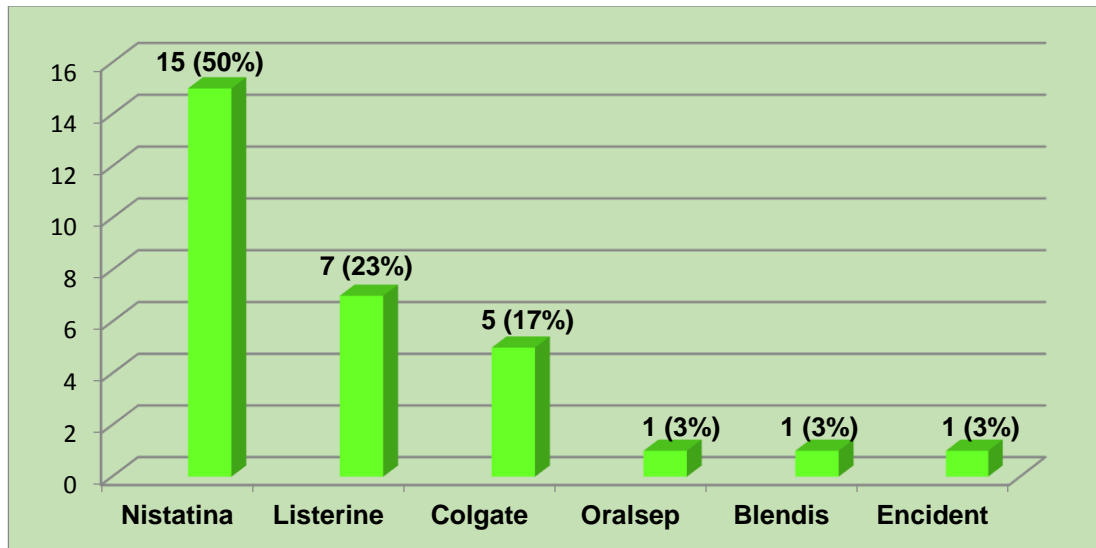
Tipo de enjuague bucal	Frecuencia	Porcentaje
Nistatina	15	50%
Listerine	7	23%
Colgate	5	17%
Oralsep	1	3%
Blendis	1	3%
Encident	1	3%
Total	30	100%

Fuente: Hospital Dr. Francisco de Icaza Bustamante- Hospital Oncológico SOLCA.

Autor: Daniela María Estrella Froment.

Análisis y discusión: Del total de pacientes de esta investigación (100), el 50% (15) realizaba enjuague bucal con nistatina, el 23% (7) lo hacía con listerine, y el 17% (5) con Colgate.

Ilustración 15. Distribución de los pacientes según el tipo de enjuague bucal utilizado.



Fuente: Hospital Dr. Francisco de Icaza Bustamante- Hospital Oncológico SOLCA.

Autor: Daniela María Estrella Froment.

4.14 Distribución de pacientes según las patologías orales principales.

Tabla 16. Distribución de los pacientes según las patologías orales principales.

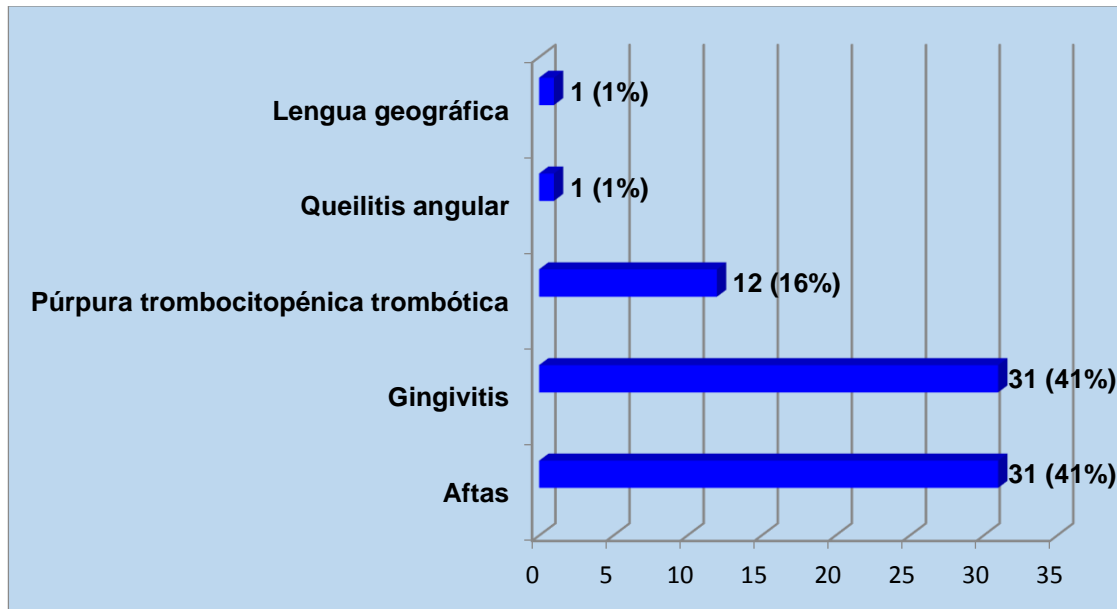
Patología oral más frecuente	Frecuencia	Porcentaje
Aftas	31	41%
Gingivitis por medicación	31	41%
Púrpura trombocitopénica trombótica	9	12%
Herpes simple	2	3%
Herpes labial	1	1%
Queilitis angular	1	1%
Lengua geográfica	1	1%
Total	76	1,0

Fuente: Hospital Dr. Francisco de Icaza Bustamante- Hospital Oncológico SOLCA.

Autor: Daniela María Estrella Froment.

Análisis y discusión: Del total de pacientes de esta investigación (100), las aftas y la gingivitis por medicación son las patologías orales más frecuentes con el 41% (31) cada una respectivamente.

Ilustración 16. Distribución de los pacientes según las patologías orales principales.



Fuente: Hospital Dr. Francisco de Icaza Bustamante- Hospital Oncológico SOLCA.

Autor: Daniela María Estrella Froment.

4.15 Distribución de pacientes según las patologías orales menos frecuentes.

Tabla 17. Distribución de los pacientes según las patologías orales menos frecuentes.

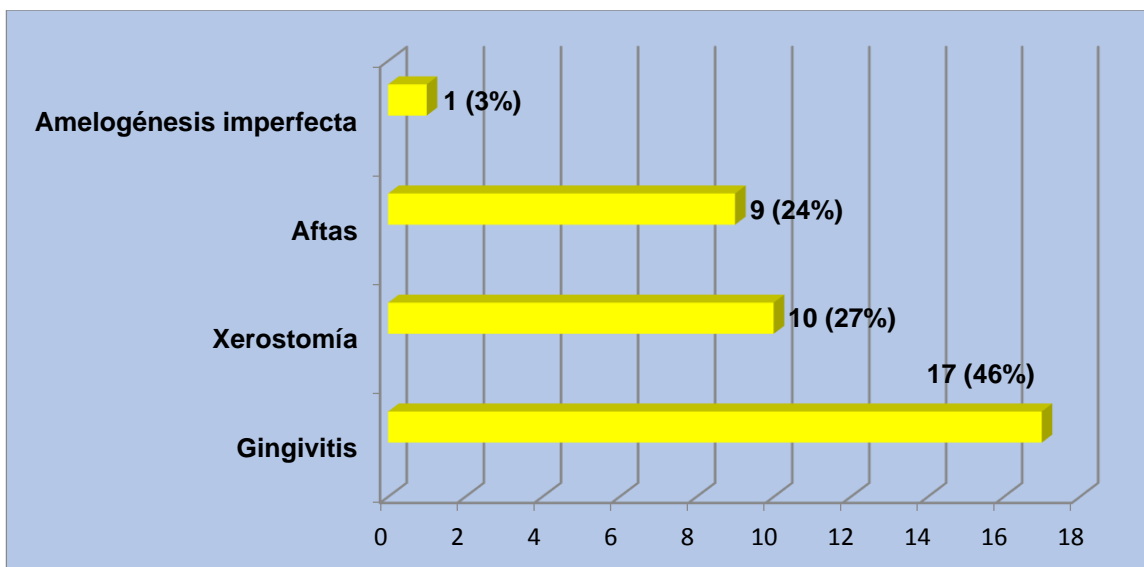
Patología oral poco frecuente	Frecuencia	Porcentaje
Gingivitis por placa	17	46%
Xerostomía	10	27%
Aftas	9	24%
Amelogénesis imperfecta	1	3%
Total	37	100%

Fuente: Hospital Dr. Francisco de Icaza Bustamante- Hospital Oncológico SOLCA.

Autor: Daniela María Estrella Froment.

Análisis y discusión: Del total de pacientes de esta investigación (100), la gingivitis por placa (46%), xerostomía (27%), aftas (24%) y Amelogénesis imperfecta (3%) constituyeron el grupo de patologías orales de menos frecuencia.

Ilustración 17. Distribución de los pacientes según las patologías orales menos frecuentes.



Fuente: Hospital Dr. Francisco de Icaza Bustamante- Hospital Oncológico SOLCA.

Autor: Daniela María Estrella Froment.

4.16 Distribución de pacientes según la presencia de caries dentales.

Tabla 18. Distribución de los pacientes según la presencia de caries dentales.

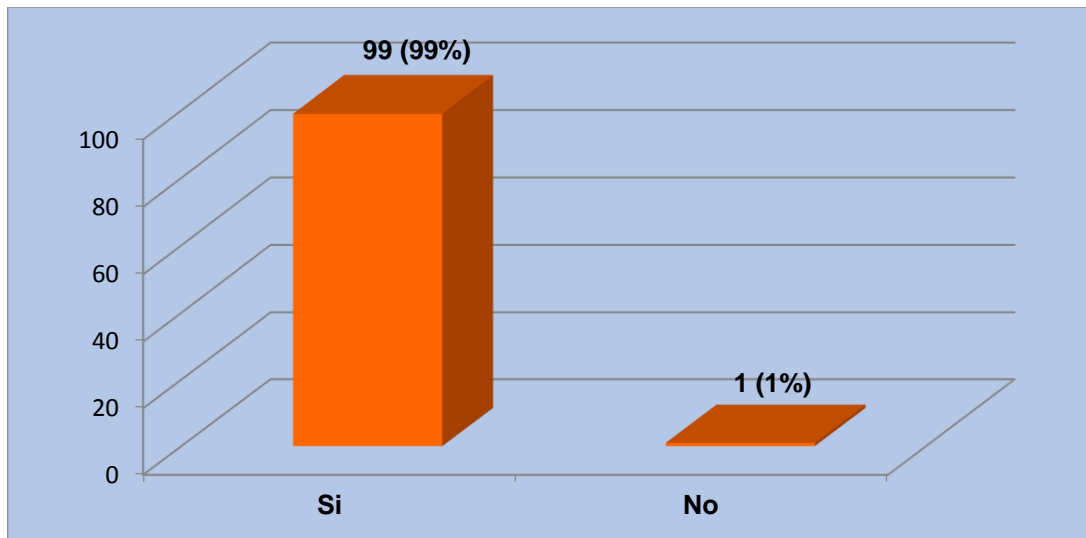
Presencia de caries	Frecuencia	Porcentaje
Si	99	99
No	1	1
Total	100	100

Fuente: Hospital Dr. Francisco de Icaza Bustamante- Hospital Oncológico SOLCA.

Autor: Daniela María Estrella Froment.

Análisis y discusión: Del total de pacientes de esta investigación (100), el 99% (99) tenía caries dentales.

Ilustración 18. Distribución de los pacientes según la presencia de caries dentales.



Fuente: Hospital Dr. Francisco de Icaza Bustamante- Hospital Oncológico SOLCA.

Autor: Daniela María Estrella Froment.

4.17 Distribución de pacientes según la lesiones en mucosa oral

Tabla 19. Distribución de los pacientes según las lesiones en mucosa oral.

Mucosa	Frecuencia	Porcentaje
Sin patología	78	78
Ulceración	15	15
Resequedad	4	4
Inflamación	2	2
Ictericia	1	1
Total	100	100

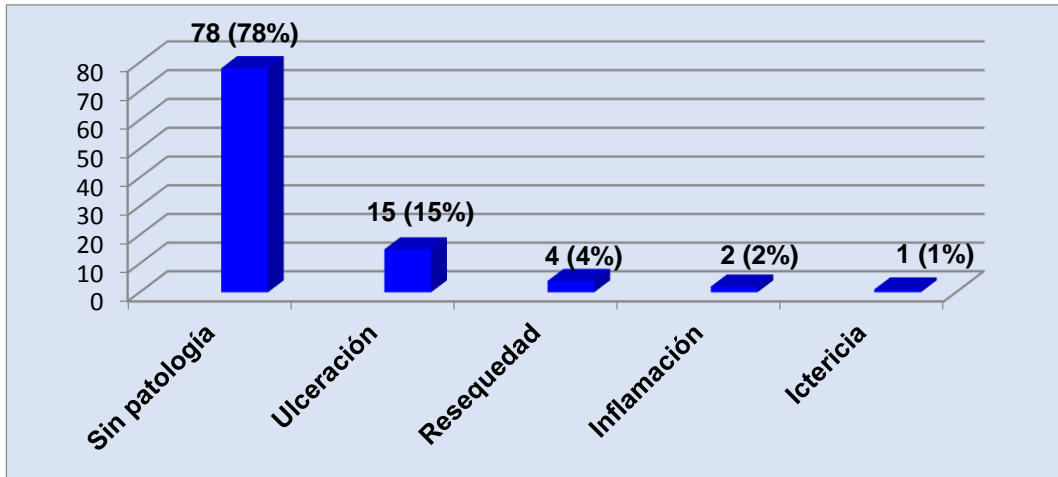
Fuente: Hospital Dr. Francisco de Icaza Bustamante- Hospital Oncológico SOLCA.

Autor: Daniela María Estrella Froment.

Análisis y discusión: Del total de pacientes de esta investigación (100), el 78% (78) no

presentó patología en la mucosa oral, el 15% (15) presentó ulceración de la mucosa.

Ilustración 19. Distribución de los pacientes según las lesiones en mucosa oral.



Fuente: Hospital Dr. Francisco de Icaza Bustamante- Hospital Oncológico SOLCA.

Autor: Daniela María Estrella Froment.

4.18 Distribución de pacientes según la lesiones en el paladar.

Tabla 20. Distribución de los pacientes según las lesiones en el paladar.

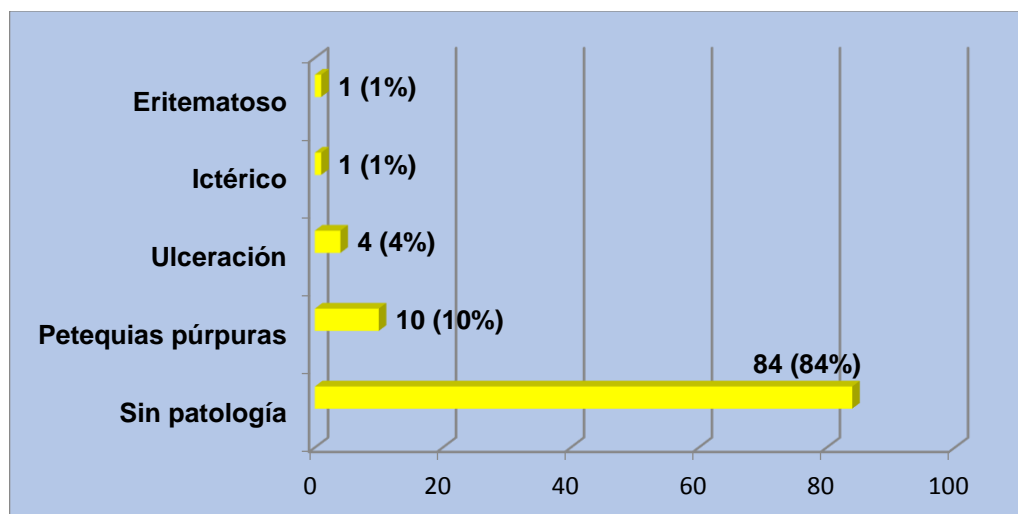
Paladar	Frecuencia	Porcentaje
Sin patología	84	84
Petequias púrpuras	10	10
Ulceración	4	4
Ictérico	1	1
Eritematoso	1	1
Total	100	100

Fuente: Hospital Dr. Francisco de Icaza Bustamante- Hospital Oncológico SOLCA.

Autor: Daniela María Estrella Froment.

Análisis y discusión: Las petequias púrpuras y las úlceras fueron las patologías mas frecuentes en el paladar. Hubo un 84% de niños que no presentaron lesiones.

Ilustración 20. Distribución de los pacientes según las lesiones en el paladar.



Fuente: Hospital Dr. Francisco de Icaza Bustamante- Hospital Oncológico SOLCA.

Autor: Daniela María Estrella Froment.

4.19 Distribución de pacientes según las lesiones en labios.

Tabla 21. Distribución de los pacientes según las lesiones en labios.

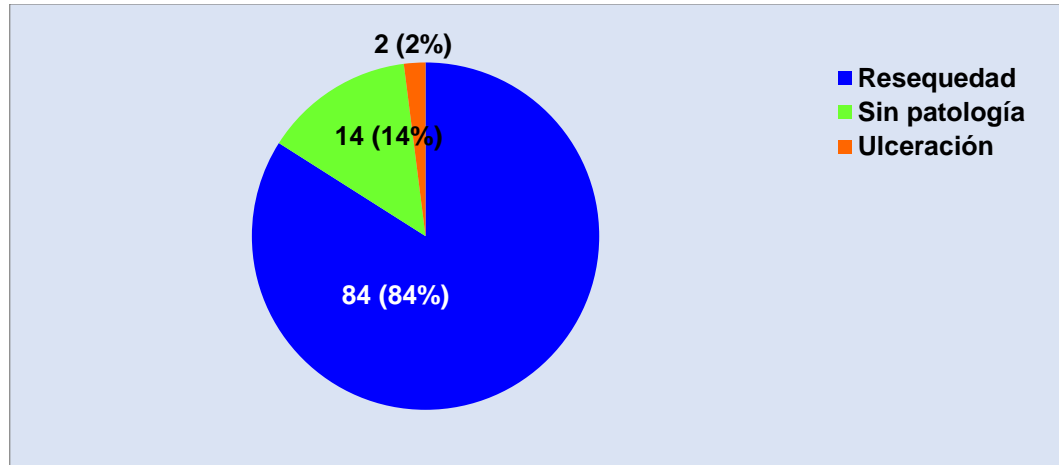
Labios	Frecuencia	Porcentaje
Resequedad	84	84
Sin patología	14	14
Ulceración	2	2
Total	100	100

Fuente: Hospital Dr. Francisco de Icaza Bustamante- Hospital Oncológico SOLCA.

Autor: Daniela María Estrella Froment.

Análisis y discusión: Del total de pacientes de esta investigación (100), el 84% (84) presentó resequedad en los labios.

Ilustración 21. Distribución de los pacientes según las lesiones en labios.



Fuente: Hospital Dr. Francisco de Icaza Bustamante- Hospital Oncológico SOLCA.

Autor: Daniela María Estrella Froment.

4.20 Distribución de pacientes según las lesiones en lengua.

Tabla 22. Distribución de los pacientes según las lesiones en lengua.

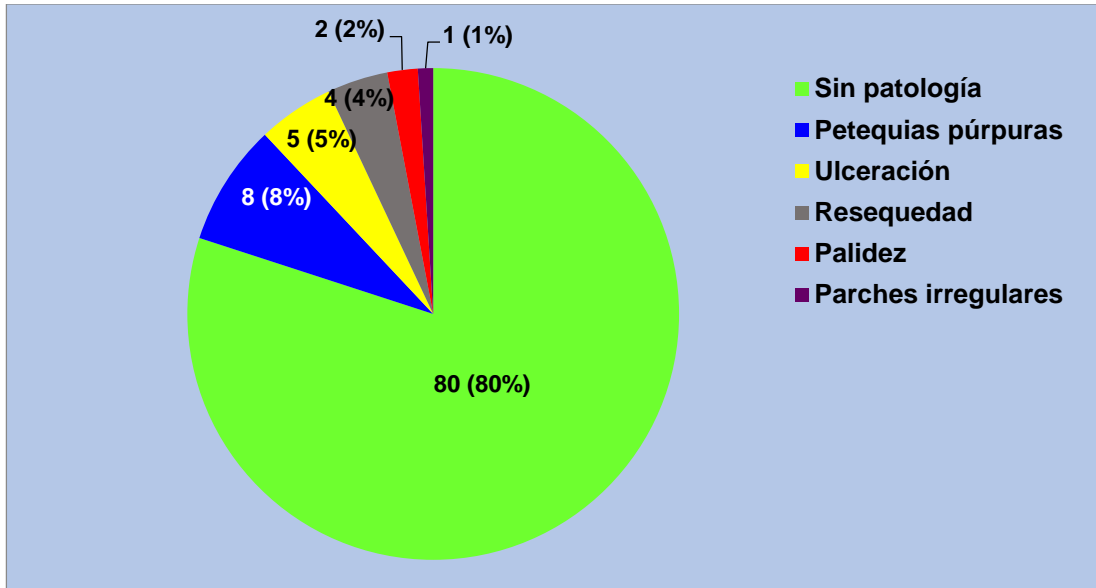
Lengua	Frecuencia	Porcentaje
Sin patología	80	80
Petequias púrpuras	8	8
Ulceración	5	5
Resequeidad	4	4
Palidez	2	2
Parches irregulares	1	1
Total	100	100

Fuente: Hospital Dr. Francisco de Icaza Bustamante- Hospital Oncológico SOLCA.

Autor: Daniela María Estrella Froment.

Análisis y discusión: Del total de pacientes de esta investigación (100), Las petequias púrpuras (8%) y las úlceras (5%) fueron las patologías más frecuentes en la lengua. El 80% (80) no presento patología en la lengua

Ilustración 22. Distribución de los pacientes según las lesiones en lengua.



Fuente: Hospital Dr. Francisco de Icaza Bustamante- Hospital Oncológico SOLCA.

Autor: Daniela María Estrella Froment.

4.21 Distribución de pacientes según las lesiones en piso de la boca

Tabla 23. Distribución de los pacientes según las lesiones en piso de la boca.

Piso de la boca	Frecuencia	Porcentaje
Sin patología	98	98
Ulceración	1	1
Resequedad	1	1
Total	100	100

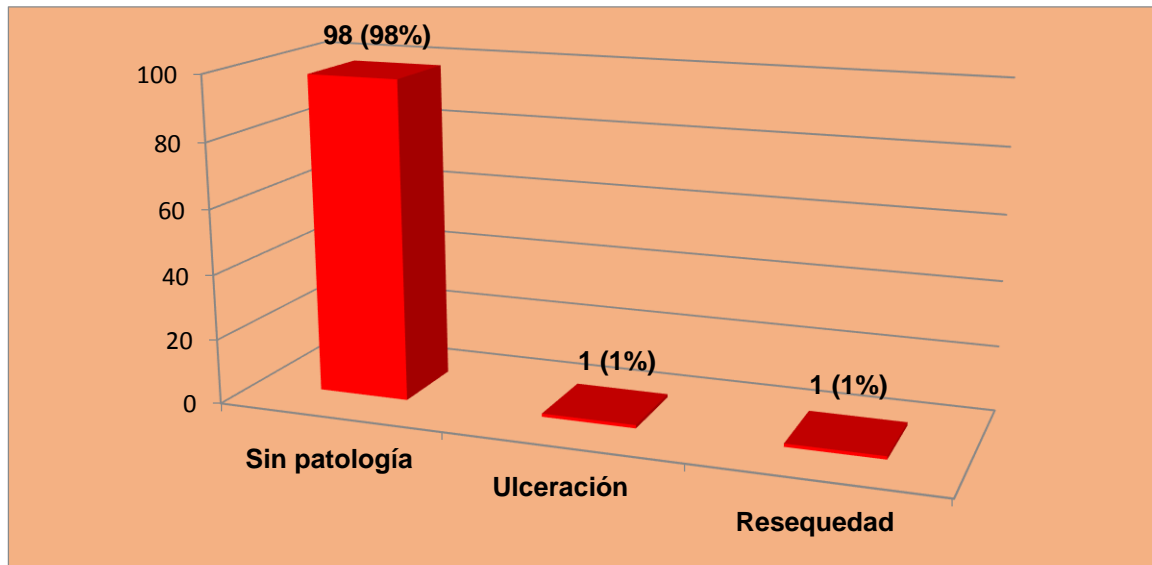
Fuente: Hospital Dr. Francisco de Icaza Bustamante- Hospital Oncológico SOLCA.

Autor: Daniela María Estrella Froment.

Análisis y discusión: Del total de pacientes de esta investigación (100), el 98% (98) no presentaba lesiones en el piso de la boca, hubieron dos pacientes que presentaron

ulceraciones (1%) y resequedad (1%) respectivamente.

Ilustración 23. Distribución de los pacientes según las lesiones en piso de la boca.



Fuente: Hospital Dr. Francisco de Icaza Bustamante- Hospital Oncológico SOLCA.

Autor: Daniela María Estrella Froment.

4.22 Distribución de pacientes por las lesiones en carrillos.

Tabla 24. Distribución de los pacientes según las lesiones en carrillos.

Carrillos	Frecuencia	Porcentaje
Sin patología	69	69
Ulceración	23	23
Resequedad	4	4
Petequias púrpuras	3	3
Ictericia	1	1
Total	100	100

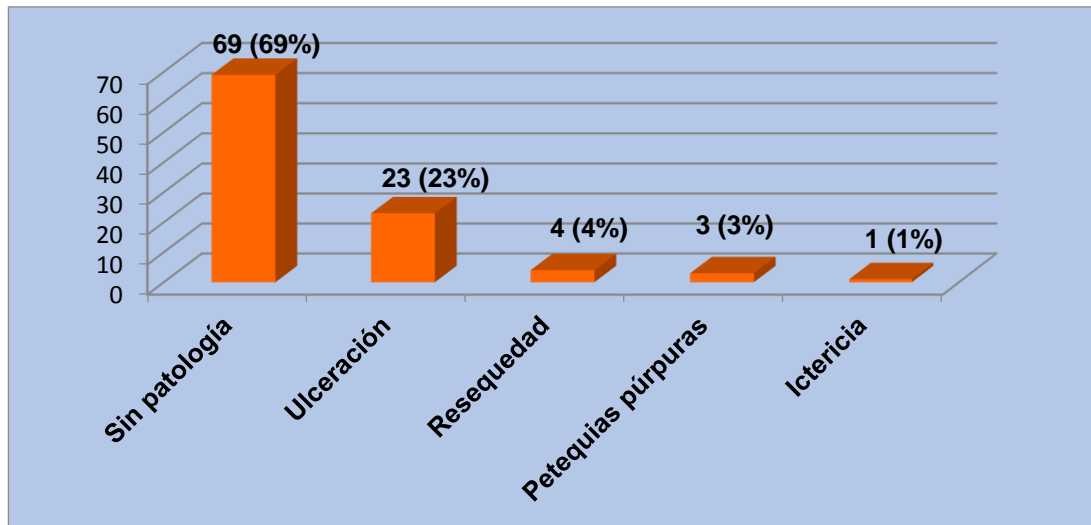
Fuente: Hospital Dr. Francisco de Icaza Bustamante- Hospital Oncológico SOLCA.

Autor: Daniela María Estrella Froment.

Análisis y discusión: Del total de pacientes de esta investigación (100), el 23% (23) presento lesiones ulcerativas en la zona de los carrillos. En menor proporción se

encontró Resequedad (4%), Petequias púrpuras (3%) e ictericia (1%).

Ilustración 24. Distribución de los pacientes según las lesiones en carrillos.



Fuente: Hospital Dr. Francisco de Icaza Bustamante- Hospital Oncológico SOLCA.

Autor: Daniela María Estrella Froment.

4.23 Distribución de pacientes según presencia de lesiones encías.

Tabla 25. Distribución de los pacientes según presencia de lesiones encías.

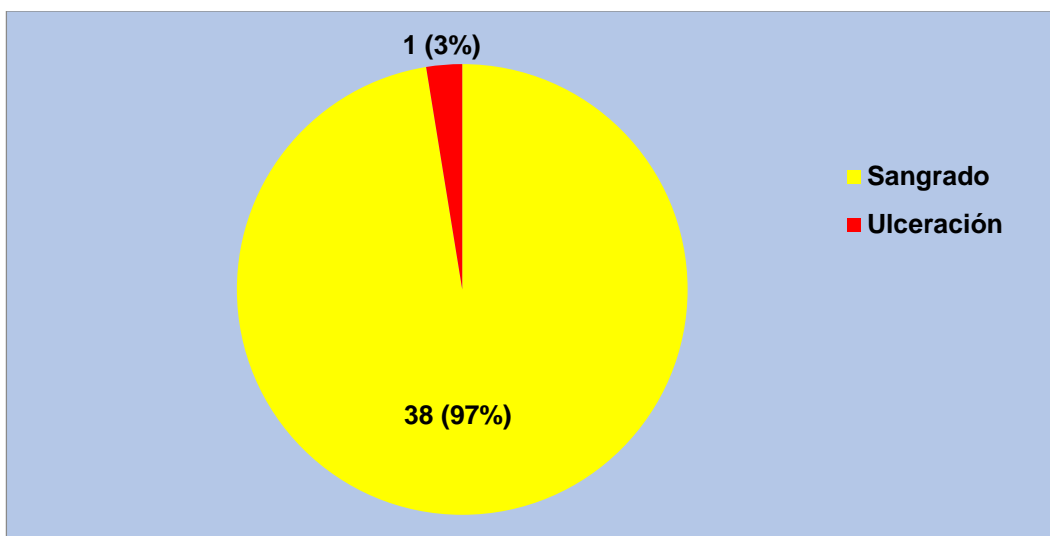
Lesiones encías	Frecuencia	Porcentaje
Sangrado	38	97%
Ulceración	1	3%
Total	39	100%

Fuente: Hospital Dr. Francisco de Icaza Bustamante- Hospital Oncológico SOLCA.

Autor: Daniela María Estrella Froment.

Análisis y discusión: Del total de pacientes de esta investigación (100), las lesiones más frecuentes a nivel de las encías fueron el sangrado y las ulceraciones con el 97% (38) y el 3% (1) respectivamente.

Ilustración 25. Distribución de los pacientes según presencia de lesiones encías.



Fuente: Hospital Dr. Francisco de Icaza Bustamante- Hospital Oncológico SOLCA.

Autor: Daniela María Estrella Froment.

4.24 Distribución de pacientes según presencia de lesiones encías (continuación).

Tabla 26. Distribución de los pacientes según presencia de lesiones encías (continuación).

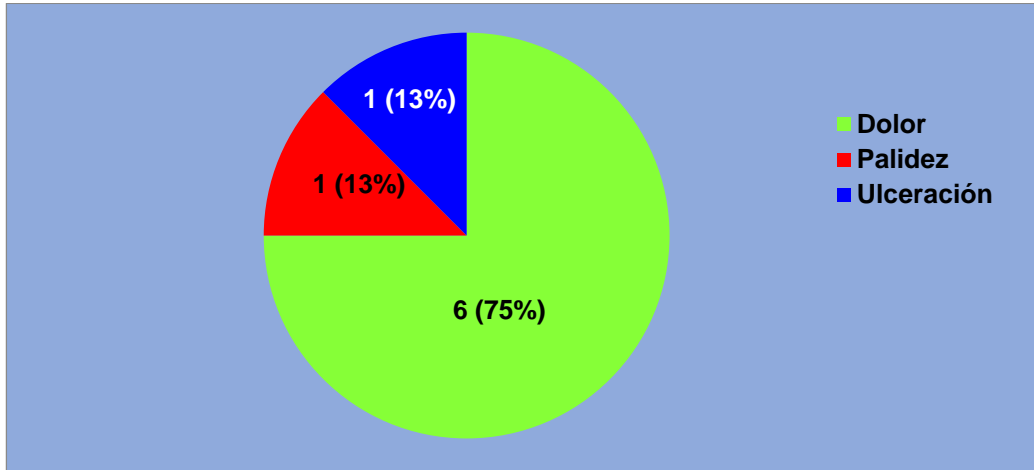
Lesiones encías	Frecuencia	Porcentaje
Dolor	6	75%
Palidez	1	13%
Ulceración	1	13%
Total	8	100%

Fuente: Hospital Dr. Francisco de Icaza Bustamante- Hospital Oncológico SOLCA.

Autor: Daniela María Estrella Froment.

Análisis y discusión: Del total de pacientes de esta investigación (100), el dolor de encías (75%), la palidez (13%) y la ulceraciones (13%) fueron los hallazgos que siguieron en orden de frecuencia.

Ilustración 26. Distribución de los pacientes según presencia de lesiones encías (continuación).



Fuente: Hospital Dr. Francisco de Icaza Bustamante- Hospital Oncológico SOLCA.

Autor: Daniela María Estrella Froment.

4.25 Distribución de pacientes según presencia de lesiones encías (continuación).

Tabla 27. Distribución de los pacientes según presencia de lesiones encías (continuación).

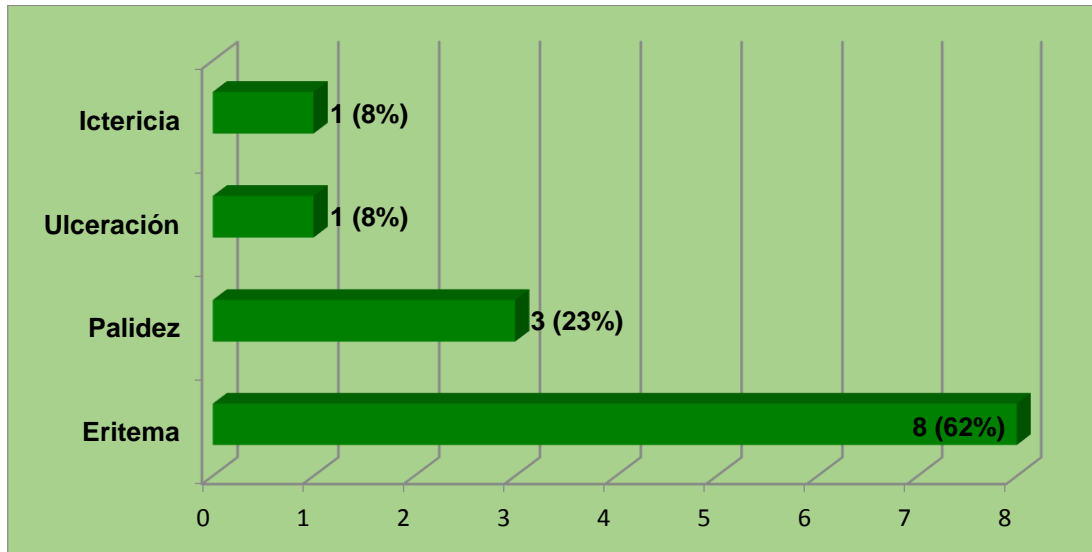
Lesiones encías	Frecuencia	Porcentaje
Eritema	8	62%
Palidez	3	23%
Ulceración	1	8%
Ictericia	1	8%
Total	13	100%

Fuente: Hospital Dr. Francisco de Icaza Bustamante- Hospital Oncológico SOLCA.

Autor: Daniela María Estrella Froment.

Análisis y discusión: Del total de pacientes de esta investigación (100), se observó que en menos frecuencia se presentaron las siguientes lesiones: eritema 62% (8), palidez 23% (3), ulceraciones 8% (1) y la ictericia 8% (1).

Ilustración 27. Distribución de los pacientes según presencia de lesiones encías (continuación).



Fuente: Hospital Dr. Francisco de Icaza Bustamante- Hospital Oncológico SOLCA.

Autor: Daniela María Estrella Froment.

4.26 Distribución de pacientes según presencia de lesiones encías (continuación).

Tabla 28. Distribución de los pacientes según presencia de lesiones encías (continuación).

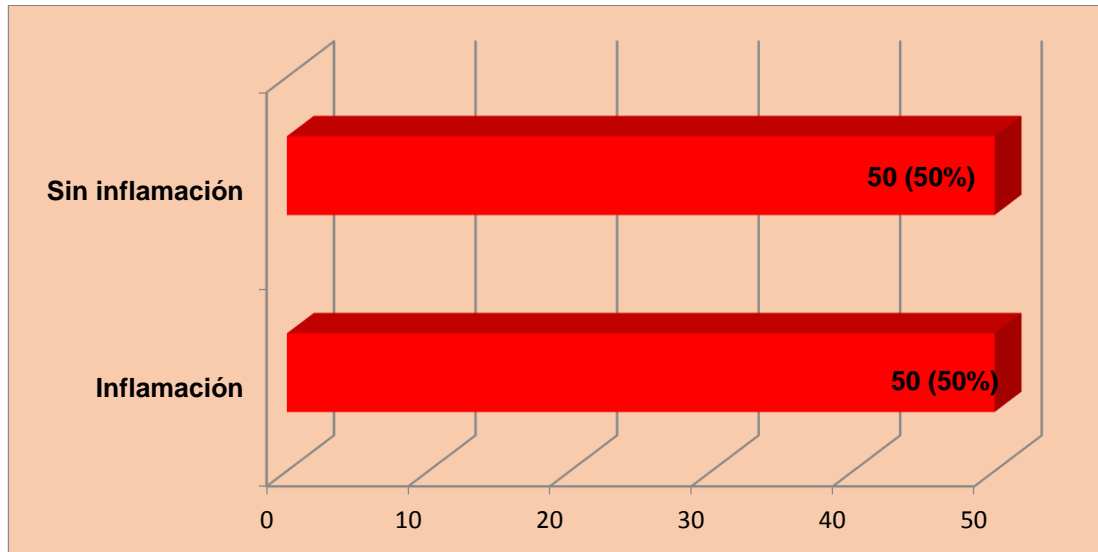
Lesiones encías	Frecuencia	Porcentaje
Inflamación	50	50
Sin inflamación	50	50
Total	100	100

Fuente: Hospital Dr. Francisco de Icaza Bustamante- Hospital Oncológico SOLCA.

Autor: Daniela María Estrella Froment.

Análisis y discusión: Del total de pacientes de esta investigación (100), el 50% (50) presentó procesos inflamatorios de las encías.

Ilustración 28. Distribución de los pacientes según presencia de lesiones encías (continuación).



Fuente: Hospital Dr. Francisco de Icaza Bustamante- Hospital Oncológico SOLCA.

Autor: Daniela María Estrella Froment.

4.27 Distribución de pacientes según índice de placa bacteriana.

Tabla 29. Distribución de los pacientes según el Índice de placa bacteriana.

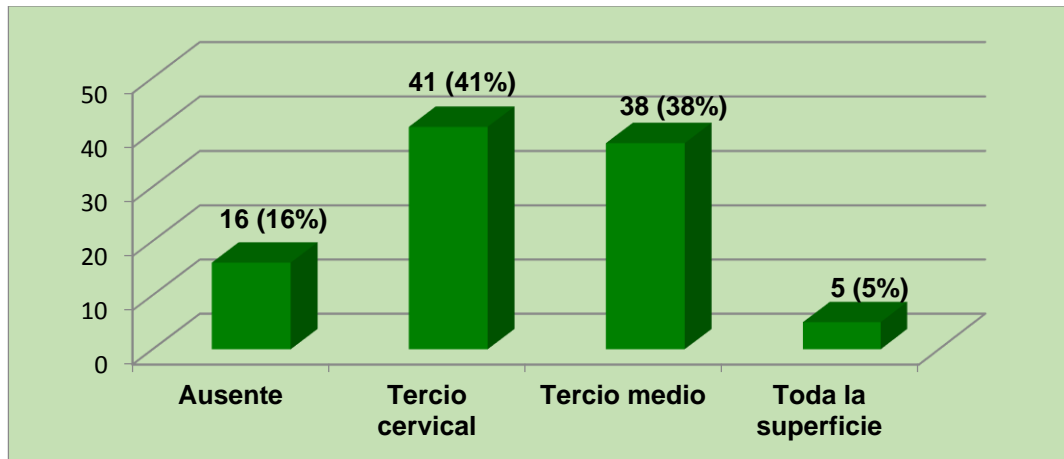
Índice de placa bacteriana	Frecuencia	Porcentaje
Ausente	16	16
Tercio cervical	41	41
Tercio medio	38	38
Toda la superficie	5	5
Total	100	100

Fuente: Hospital Dr. Francisco de Icaza Bustamante- Hospital Oncológico SOLCA.

Autor: Daniela María Estrella Froment.

Análisis y discusión: Del total de pacientes de esta investigación (100), el 38% (38) presentaba placa bacteriana en el tercio medio de las piezas dentales y el 16% (16) no presentaba placa dental.

Ilustración 29. Distribución de los pacientes según el Índice de placa bacteriana.



Fuente: Hospital Dr. Francisco de Icaza Bustamante- Hospital Oncológico SOLCA.

Autor: Daniela María Estrella Froment.

4.28 Distribución de pacientes según factor de riesgo y género sexual

Tabla 30. Distribución de los pacientes según las comorbilidades y género sexual

Comorbilidades según el género sexual		Factores de riesgo		Total	
		Si	No		
Género sexual	Masculino	Recuento	7	51	58
		% dentro de factor de riesgo	63,60%	57,30%	58,00%
Género sexual	Femenino	Recuento	4	38	42
		% dentro de factores de riesgo	36,40%	42,70%	42,00%
Total		Recuento	11	89	100
		% dentro de factores de riesgo	100,00%	100,00%	100,00%

Pruebas de Chi-cuadrado	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,161 ^a	1	0,688
Corrección por continuidad	0,006	1	0,938
Razón de verosimilitudes	0,163	1	0,686
Estadístico exacto de Fisher			
N de casos válidos	100		

Fuente: Hospital Dr. Francisco de Icaza Bustamante- Hospital Oncológico SOLCA.

Autor: Daniela María Estrella Froment.

Análisis y discusión: De los 100 pacientes de esta investigación, 11 presentaban factores de riesgo, de los cuales el 63,60% (7) eran de sexo masculino.

Se obtuvo el Chi-cuadrado con un valor de 0,161 y un valor para p de 0,688 que nos indica que no existe asociación estadísticamente significativa entre los factores de riesgo y el género sexual.

4.29 Distribución de pacientes según las comorbilidades y grupos etarios.

Tabla 31. Distribución de los pacientes según los factores de riesgo y grupos etarios.

Comorbilidades según los grupos etarios		Factores de riesgo		Total	
		Si	No		
Grupos etarios	2-5 años	Recuento	2	22	24
		% dentro de factores de riesgo	18,20%	24,70%	24,00%
	6-10 años	Recuento	3	26	29
		% dentro de factores de riesgo	27,30%	29,20%	29,00%
	> 10 años	Recuento	6	41	47
		% dentro de factores de riesgo	54,50%	46,10%	47,00%
Total		Recuento	11	89	100
		% dentro de factores de riesgo	100,00%	100,00%	100,00%

Pruebas de Chi-cuadrado	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,337 ^a	2	0,845
Razón de verosimilitudes	0,345	2	0,842
N de casos válidos	100		

Fuente: Hospital Dr. Francisco de Icaza Bustamante- Hospital Oncológico SOLCA.

Autor: Daniela María Estrella Froment.

Análisis y discusión: De los 100 pacientes con patologías orales de mayor frecuencia, 38 presentaban placa bacteriana en el tercio medio de las piezas dentarias, de los cuales el 50% (19) correspondieron al grupo de pacientes con gingivitis.

Se obtuvo el Chi-cuadrado con un valor de 107,712 y un valor para p de 0,000 que nos indica que si existe asociación estadísticamente significativa entre el índice de placa bacteriana y el tipo de patologías orales.

4.30 Distribución de pacientes según el género sexual y el tipo de patología oral.

Tabla 32. Distribución de los pacientes según el género sexual y el tipo de patología oral.

Patología oral según el Género sexual		Género sexual		Total	
		Masculino	Femenino		
Patología oral más frecuente	Aftas	Recuento	19	12	31
		%	43,0%	38,0%	41,00%
	Gingivitis	Recuento	17	14	31
		%	39,0%	44,0%	41,00%
	Púrpura trombocitopénica trombótica	Recuento	5	4	9
		%	11,0%	13,0%	12,00%
	Herpes simple	Recuento	2	0	2
		%	5,0%	0,00%	3,00%
	Herpes labial	Recuento	0	1	1
		%	0,00%	3,00%	1,00%
	Queilitis angular	Recuento	1	0	1
		%	2,0%	0,00%	1,00%
	Lengua geográfica	Recuento	0	1	1
		%	0,00%	3,0%	1,00%
	Total	Recuento	44	32	76
		%	100,00%	100,00%	100,00%

Pruebas de Chi-cuadrado	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,222 ^a	7	0,633
Razón de verosimilitudes	7,027	7	0,426
N de casos válidos	100		

Fuente: Hospital Dr. Francisco de Icaza Bustamante- Hospital Oncológico SOLCA.

Autor: Daniela María Estrella Froment.

Análisis y discusión: De los 76 pacientes con patologías orales de mayor frecuencia, 44 presentaron eran de sexo masculino, de los cuales el 43,0% (19) presentaron aftas orales. Se obtuvo el Chi-cuadrado con un valor de 5,222 y un valor para p de 0,633 que nos indica que no existe asociación estadísticamente significativa entre el género sexual y el tipo de patología oral.

4.31 Distribución de pacientes según el índice de placa bacteriana y las patologías orales.

Tabla 33. Distribución de los pacientes según el índice de placa bacteriana y las patologías orales.

Índice de placa bacteriana según el tipo de patología oral		Índice de placa bacteriana				Total	
		Ausente	Tercio cervical	Tercio medio	Toda la superficie		
Patología oral más frecuente	Aftas	Recuento	3	17	11	0	31
		%	75,0%	57,0%	29,0	0,0%	41,00%
	Gingivitis	Recuento	1	11	19	0	31
		%	25,0%	37,0%	50,0%	0,0%	41,00%
	Púrpura trombocitopénica trombótica	Recuento	0	1	7	1	9
		%	0,0%	3,0%	18,0%	25,0%	12,0%
	Herpes simple	Recuento	0	0	0	2	2
		%	0,0%	0,0%	0,0%	50,0%	3,0%
	Herpes labial	Recuento	0	0	0	1	1
		%	0,0%	0,0%	0,0%	25,0%	1,00%
	Queilitis angular	Recuento	0	0	1	0	1
		%	0,0%	0,0%	3,0%	0,0%	1,00%
	Lengua geográfica	Recuento	0	1	0	0	1
		%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,00%
	Total	Recuento	4	30	38	4	76
		%	100,0	100,0%	100,0%	100,0%	100,00%

Pruebas de Chi-cuadrado	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	107,712 ^a	21	0,000
Razón de verosimilitudes	77,288	21	0,000
N de casos válidos	100		

Fuente: Hospital Dr. Francisco de Icaza Bustamante- Hospital Oncológico SOLCA.

Autor: Daniela María Estrella Froment.

Análisis y discusión: De los 76 pacientes con patologías orales de mayor frecuencia, 38 presentaban placa bacteriana en el tercio medio de las piezas dentarias, de los cuales el 50% (19) correspondieron al grupo de pacientes con gingivitis.

Se obtuvo el Chi-cuadrado con un valor de 107,712 y un valor para p de 0,000 que nos indica que si existe asociación estadísticamente significativa entre el índice de placa bacteriana y el tipo de patologías orales.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- El género más afectado fue el masculino, predominó con el 58% (58) del total, el 46,6% (27) estuvo en la categoría de edad mayores de 10 años de edad. La edad media de la población estudiada fue de 9,07 años (Rango: 3-15 años).
- La provincia del Guayas representó el 97% (97 pacientes), Esmeraldas (2%) y Manabí (1%) representaron porcentajes menores. Del total de pacientes el 76% (76) procedían de área urbana.
- Las comorbilidades estuvieron presentes en el 11% (11) de los pacientes, los principales fue la deficiencia renal con el 82% (9).
- Las enfermedades inmunosupresoras más frecuentes fueron la leucemia con 60% y la infección por V.I.H con el 16%.

- Del total de pacientes de esta investigación (100), el 37% (37) tenía controles odontológicos, en su mayor proporción tenían < de 3 controles odontológicos. El promedio de controles odontológicos es de 0,68 controles (Rango: 0-6 controles).
- La mayor parte de los niños si realizaba higiene dental en su domicilio (99%), de los cuales el 73% (73) realizaba < 3 cepillados de dientes al día. El promedio de cepillado dental diario es de 2,84 veces al día (Rango: 0-6 veces/día).
- Las aftas y la gingivitis fueron las patologías orales más frecuentes con el 41% (31) cada una respectivamente. El 99% (99) de la muestra tenía caries dentales.
- A nivel de la mucosa oral, el 15% (15) presentó lesiones ulcerativas. Las petequias púrpuras y las úlceras fueron las patologías más frecuentes en el paladar y el 84% (84) presentó resequedad en los labios.
- Las petequias púrpuras (8%) y las úlceras (5%) fueron las patologías más frecuentes en la lengua.
- A nivel del piso de la boca, el 98% (98) no presentaba lesiones, las ulceraciones (1%) y resequedad (1%) se encontraron en el porcentaje restante. El 23% (23) presento lesiones ulcerativas en la zona de los carrillos y las lesiones más frecuentes a nivel de las encías fueron el sangrado y las ulceraciones con el 97% (38) y el 3% (1) respectivamente.

- Se encontró asociación estadísticamente significativa entre el índice de placa bacteriana y el tipo de patologías orales ($p=0,000$).
- No se encontró asociación estadísticamente significativa entre las comorbilidades y el género sexual.
- No se encontró asociación estadísticamente significativa entre el tipo de patología oral y género sexual e índice de placa bacteriana.

5.2 Recomendaciones

- Establecer grupos de riesgo de enfermedades orales en pacientes pediátricos con patologías inmunosupresoras que permitirán prevenir complicaciones y optimizar el tratamiento médico, encaminado a disminuir el índice de enfermedades dentales y estructuras de la boca.
- Fomentar la higiene oral en casa y mayor control odontológico que permitan identificar en forma precoz las patologías orales.
- Realizar una investigación de seguimiento, en el cual se evalúen los factores de riesgo presentes y su relación con el desarrollo de lesiones de la cavidad oral, con el fin de evaluar el impacto de la enfermedad inmunosupresora sobre la boca y sus estructuras.
- Crear un formato de registro de las características dentales y de estructuras de la boca, que permitan de manera ordenada el acceso a la información, esto evitará mejorar el seguimiento de los pacientes y una evaluación más precisa de los resultados clínicos.

- Recomiendo además la continuidad del presente trabajo de investigación y entregar los resultados al Departamento de Docencia e Investigación de los hospitales que permitieron el desarrollo del estudio, para que sirvan de base para futuros proyectos de investigación científica.

6. BIBLIOGRAFIA

1. Elinor Garrido, Vilma Tovar, Maria Elena Guerra, Ana Carvajal, Jose R. Leon. Programa odontológico Educativo en Salud Bucal Dirigido a madres VIH/SIDA. Fundación Acta Odontológica Venezolana, Caracas Venezuela. Volumen 46 N.1, 2008 PÁGS 3. Accesado: 2008. Disponible en http://www.actaodontologica.com/ediciones/2008/1/programa_odontologico_educativo_salud_bucal.asp.
2. Juliana dos Santos Oliveira; José Antonio Ventiades; Nilza Nelly Fontana Lopes; Cristiane Miranda França. Conducta odontológica en pacientes pediátricos portadores de Leucemia. Rev. Cubana Estomatológica V44 N.4 Ciudad de la Habana, Cuba, accesado: Oct-Dic. 2007. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072007000400015&script=sci_arttext
3. Dr. Lanza Echeveste, Damián Guillermo. Tratamiento Odontológico Integral del paciente oncológico parte II, odontoestomatología Vol 15 No. 22 Montevideo, Uruguay, accesado Noviembre 2013. PÁGS 47-59. Disponible en <http://www.scielo.edu.uy/pdf/1ode/v13n17/v13n17a04.pdf>
4. Miguel Batista Vila, Rosa Maria Gonzalez Ramos, Marice de las Mercedes. Enfermedades orales inducidas por VIH y Bioseguridad. Revista Habanera de Ciencias Médicas accesado en: Nov.-Dic. 2014; 13(6):902-912. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2014000600011
5. Blanca Lucía Acosta de Velásquez. Atención al paciente VIH/sida: legislación y Bioseguridad odontológica en Colombia. Acta Bioethica; V. 12 N.1 Santiago. Accesado: ENE.2006. PÁGS 25-27. Disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2006000100003
6. Palacios-Sánchez, Begoña Cerero-Lapiedra Rocío, Campo-Trapero Julián, Esparza-Gómez, Germán C. Alteraciones gingivales no relacionadas con placa. RCOE Vol. 11 N. 1 Madrid España, accesado Ene.-Feb. 2006 PÁGS 43-54. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1138-123X2006000100003.

7. Yang C, Gong W, Lu J et al. Antifungal drug susceptibility of oral *Candida albicans* isolates may be associated with apoptotic responses to Amphotericin B. *J. Oral Pathol. & Med.*; accesado 2010, 182-7. Disponble en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19656268>.
8. Camino X, Arrizabalaga J, Avellanal D. patología oral en pacientes VIH positivo. Infecciones virales. Citomegalovirus, herpes simple, virus JC, VHH-8. En: Soriano V y col. Manual del SIDA. 6ª edic. Barcelona: Public. Permanyer. Accesado 2005; 149-166. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_a...rttext&pid=S1575-06202007000200007
9. García Rodríguez IC, Vichot Fernández L, Batista Carvajal M, Romero Díaz Y. Asociación de manifestaciones bucales con marcadores de seguimiento en personas con VIH, atendidos en el Centro de Atención Integral al Seropositivo Dr. Ismael Triana Torres. *Revméd electrón.* Accesado 2011; 33(2). Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1684-242011000200004&script=sci_arttext.
10. Pardi Céelis G, Guilarte GC, Inés Cardozo E. Detección de *Candida Albicans* en pacientes con candidiasis pseudomembranosa. *Revista de Odontología da Universidade Cidade de São Paulo* Accesado 2008 sept-dic 20(3): 228-36 Pag: 233. Disponible en http://arquivos.cruzeirodosuleducacional.edu.br/principal/old/revista_odontologia/pdf/setembro_dezembro_2008/unicid_20_3_1_20.08_228_36.pdf
11. Villanueva Reyes, Janeth; Arenas, Roberto Candidiasis mucocutánea. Una revisión *Revista Mexicana de Micología*, núm. 25, Accesado diciembre, 2007, pp. 91-100. Disponible en <http://revistamexicanademicrologia.org/2009/11/revista-mexicana-de-micologia-vol-25-diciembre-2007>.
12. Martínez-Sahuquillo Márquez A., Gallardo Castillo I., Cobos Fuentes M.J., Caballero Aguilar J., Bullón Fernández P.. La leucoplasia oral: Su implicación como lesión precancerosa. *Av Odontoestomatol* [revista en la Internet]. Accesado 2008 Feb [citado 2015 Mayo 25]; pag 33-44.
13. Candidiasis pseudomenbranosa. WANDA C. GONSALVES, M.D., ANGELA C. CHI, D.M.D., and BRAD W. NEVILLE, D.D.S. *Medical University of South Carolina, Charleston, South Carolina. Volume 75, Number 4 V.* Accesado: 2007. *Common Oral Lesions: Part I. Superficial Mucosal Lesions.* Pag 501
14. MOHANNA, Salim, ECHAIZ, José, FERRUFINO, Juan et al. Perfil clínico y epidemiológico del sarcoma de Kaposi clásico y epidémico: estudio

- retrospectivo en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. *Folia Dermatol.*, Accesado sep. /dic 2006, vol.17, no.3, p.111-117. ISSN 1029-1733.
15. BLANCO BERTA, Lourdes y ALFONSO CALDERON, Ernesto. Comportamiento de la gingivitis ulceronecrotizante aguda: Departamento de estomatología de Conuco Viejo. *Rev. Med. Electrón.* [online]. Accesado 2010, vol.32, n.3, pp. 0-0. ISSN 1684-1824.
 16. PHILIP SAPP, LEWIS R. EVERSOLE, GEORGE P. WYSOCKI, patología oral y maxilofacial contemporánea II edición. Editorial Elsevier, Accesado 2005, España. Pag 240-418.
 17. MA del Rosario Rioboo Crespo (1), Paloma Planells del Pozo (2), Rafael Rioboo García Epidemiología de la patología de la mucosa oral más frecuente en niños *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* Accesado 2005;10:376-87.
 18. Cedeño M., J.A., Cirujano Bucal, Rivas, R. N, Tuliano C., MANIFESTACIONES BUCALES DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A RADIOTERAPIA EN CABEZA Y CUELLO, PAUTAS DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA. Revista online ACTA ODONTOLOGICA VENEZOLANA, Accesado: 08/02/2014. Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/>
 19. Guadalupe villalon, Cristina Cardoso Silva, Myriam Maroto, Elena Barberia. Lengua geográfica en Odontopediatría. Revisión *Gaceta dental: Industria y profesiones*, ISSN 1135-2949, N°. 179, accesado 2007, pags. 128-14010/2013;
 20. Wolff, Goldsmith, Katz, Gilchrest, Paller, Leffel, 7ª edición, Fitzpatric, *Dermatología en Medicina General*, tomo 2, editorial Medica Panamericana S.A. accesado 2008, Madrid España. Pag 1024,1025.
 21. Sanz-Sánchez I, Bascones-Martínez A. Otras enfermedades periodontales. I: Periodontitis como manifestación de enfermedades sistémicas. *Av Periodon Implantol.* Accesado 2008; 20, 1: 59-66. <http://scielo.isciii.es/pdf/peri/v20n1/original5.pdf>
 22. Manuel Alfredo Ortega Sánchez,* María Luisa Osnaya Ortega,** José Vicente Rosas Barrientos Leucemia linfoblástica aguda, *Med Int Mex* Accesado 2007;23:26-33 <http://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2007/mim071e.pdf>
 23. CD. Rogelio González González, Dr. en C. Ronell Bologna Molina, Dr. en C. Alfredo Nevárez Rascón, M en C. Ramón Gil Carreón Burciaga. Lesiones frecuentes de la mucosa bucal en niños y adolescentes: Revisión literaria. *Revista ADM* Accesado ENERO-FEBRERO 2011/VOL .LXVIII. No.1. pp. 17-24
 24. Aguirre-Urizar JM, Echebarría-Goicouría MÁ, Eguía-del Valle A. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida: manifestaciones en la cavidad bucal. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* Accesado 2004; 9 Suppl: S148-57.

25. Bascones-Martínez MA, Valero-Marugán A, Encinas-Bascones A, Carrillo de Albornoz A, Bascones-Martínez A. Lengua geográfica y dermatitis atópica: una asociación frecuente. *Av. Odontoestomatol* Accesado 2006; 22-2: 111-118.
26. Porras LD y col. Gingivitis ulcerativa necrotizante. Revisión y reporte de dos casos. *Rev Mex Periodontol* Accesado 2012; IV (1): 7-14
27. Gavaldá-Esteve C, Murillo-Cortés J, Poveda-Roda R. Eritema multiforme. Revisión y puesta al día. *RCOE* Accesado 2004; pag 415-423.
28. Joseph A. Regezi, James J. Sciubba, Richard C. K. Jordan *Oral Pathology: Clinical Pathologic Correlations* ELSEIVIER Editorial St. Louis, Missouri Accesado 2012.
29. Eduardo Contreras Zúñiga¹, Gabriel Tobón², Sandra Ximena Zuluaga Martínez Lupus Discoide *Rev.Colomb.Reumatol.* vol.15 no.1 Bogotá Accesado Jan./Mar. 2008
30. RODRÍGUEZ, Ileana García; CRESPO, María Isabel Garay; FALCÓN, Laritza Hernández. Manifestaciones Bucales de la Infección del VIH/SIDA. *Revista Médica Electrónica*, Accesado 2006, vol. 28, no 6, pag. 600-608
31. Dr. Arturo Castillo Castillo, Dra. Amparo Perez Borrego, Dra Maria Victoria Guntiñas Zamora, Uso del Inmunoforon en el tratamiento de la estomatitis aftosa recurrente en niños, *Revista Cubana Estomatol* v.43 n.3 Ciudad de La Habana Accesado jul.-sep. 2006,
32. Dr. Arturo Castillo Castillo, Dra. Amparo Perez Borrego, Dra Maria Victoria Guntiñas Zamora, Uso del Inmunoforon en el tratamiento de la estomatitis aftosa recurrente en niños, *Revista Cubana Estomatol* v.43 n.3 Ciudad de La Habana. Accesado jul.-sep. 2006,
33. Yuni J. Salinas M* Ronald E. Millán I* Juan C. León M, ESTOMATITIS AFTOSA RECIDIVANTE. CONDUCTA ODONTOLÓGICA, *Acta Odontológica Venezolana - VOLUMEN 46 N° 2* / Accesado 2008
34. Antonio Bascones Martínez, Elena Figuero Ruizb y Germán Carlos Esparza Gómezc Úlceras orales. *Med Clin (Barc)*. Accesado 2005; pag 125-590-7.
35. Carrasco C, William; Guerra G, María Elena; Tovar Vilma. Comparacion de la presencia de queilitis angular en niños VIH(+) y VIH(-), hijos de madres seropositivas. *Acta odontol. venez* v.46 n.3 Caracas. Accesado dic. 2008
36. Dr. Gilberto Serrano Ocaña, Dr. Juan Carlos Ortiz Sablón, Dra. Ilen Ochoa Tamayo. Sarcoma de Kaposi, variedad epidémica. Presentación de un caso. *Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos* ISSN:1727-897X Medisur. Accesado 2009.

37. E. Hernández-Ruiz¹, A. García-Herrera², J. Ferrando¹ Sarcoma de Kaposi. *Med Cutan Iber Lat Am* 2012;
38. Albín-Cano R. Sarcomas: etiología y síntomas. *Revista Finlay* [revista en Internet]. Accedido 2012 [citado 2015 Jul 25]
39. Piet Dirix, MD Sandra Nuyts, MD, PhD Walter Van den Bogaert, MD, PhD, Radiation-Induced Xerostomia in Patients With Head and Neck Cancer, Department of Radiation Oncology, Leuven Cancer Institute, University Hospital Gasthuisberg, Leuven, Belgium, Volume 107, Issue 11, pages 2525–2534, Accedido December 2006.
40. Dra. Ivone Mallaa, Bq. Celeste Pérez B, Dra. YuCheanga y Dr. Marcelo Silva. Sarcoma de Kaposi por virus del herpes humano de tipo 8 en un receptor de trasplante hepático pediátrico. Caso clínico. *Arch Argent Pediatr* Accedido 2013, pag. 125-128
41. A. Roviroso, P. Foro, J. L. de Serdio, R. Galiana, J. A. Santos, M. de Vega, J. M. Delgado, A. de la Torre, A. Ramos, A. Villar. Recomendaciones clínicas del Grupo Español de Tratamiento Conservador del Cáncer de Cabeza y Cuello (GETCOCACU) para la prevención y la terapéutica de la xerostomía radioinducida. *Oncología*, Accedido 2005; pag. 267-274.
42. CARLOS QUIROS BONILLA, MAYELA ARAGÓN GONZÁLEZ, PÚRPURA TROMBOCITOPENICA TROMBOTICA (REPORTE DEL PRIMER CASO CLÍNICO EN COSTA RICA DONDE SE DEMUESTRA LA PRESENCIA DE INHIBIDORES DE ADAMTS 13, revista medica de costa rica y centroamerica lxxi (612) pag. 723 - 728, accedido 2014.
43. OJEDA-URIBE, Mario; BRUNOT, Annick y ISSLER, Monique. Eficacia de la asociación rituximab-vindesina en el tratamiento de un caso de púrpura trombótico-trombopénico (PTT) adquirido idiopático refractario: Report of one case. *Rev. méd. Chile* [online]. 2005, vol.133, n.11, pp. 1349-1354. ISSN 0034-9887. disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v133n11/art11.pdf>. Accedido: 2005.
44. OCAMPO-GARCIA, Karla Gabriela et al. Linfoma no Hodgkin centrorfacial relacionado a VIH: Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac* [online]. Accedido 2012, vol.34, n.2, pp. 75-80. Disponible: <http://scielo.isciii.es/pdf/maxi/v34n2/caso1.pdf>
45. De Toledo Codina, J. Sánchez, and C. Sábado Álvarez. "Linfomas de Hodgkin y no Hodgkin." *Pediatr Integral* Accedido: (2012): pag. 463-474.
46. Poma Vargas Ericka Rosario. Linfoma no Hodgkin en paciente con VIH. *SCIENTIFICA* [revista en la Internet]. Accedido 2011 [citado 2015 Jul 25] pag. 63-66. Disponible <http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid>.

47. Rueda-Gordillo F, Hernández-Solís SE. Prevalencia de *Candida albicans* aislada de la cavidad oral de pacientes con cáncer. *Revista odontológica latinoamericana* (2008) Vol. 0 | Núm. 2 | pp 38-41.
48. Paolo G. Arduino, Stephen R. Porter, herpes Simplex Virus Type 1 infection: overview onb relevant clínico-pathological features, *J Oral Pathol Med.* (2008) 37: 107-121.
49. Ester Sepúlveda, Ursula Brethauer, Jaime Rojas, Eduardo Fernández, Patricia Le Fort, Úlceras orales en niños sometidos a quimioterapia: características clínicas y su relación con presencia de Virus Herpes Simple tipo 1 y *Candida Albicans*, *Medicina y Patología Oral / Oral Medicine and Pathology*, 27-2-2005.
50. José Pedro Martínez Larrarte; Yusimí Reyes Pineda. Síndrome de Sjögren. *Revista Cubana de Medicina.* 2010; 49(2)61-76.
51. Martha Lucía Marín B, Paula Andrea Hurtado U, Ledy Alexandra Santamaría T. Alexandra Milena Durango, Edith Catalina Patiño, Marta Catalina Toro. Estado de salud bucal de niños con diagnóstico de vih-sida en la fundación Eudes de Medellín. presentación de casos y revisión de literatura. *Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia* - vol. 15 n. ° 2 - primer semestre. Accesado 2004.
52. Cerero-Lapiedra R, Malignización del liquen plano oral, *AVANCES EN ODONTOESTOMATOLOGÍA* Vol. 24 - Núm. 1 – 2008. 97-98.
53. Navas Rita, Geraldino Roxy, Rojas-Morales Thais, Álvarez Carmen J, Grimán Dariana, *SALUD-ENFERMEDAD BUCAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON CÁNCER: SU ASOCIACIÓN CON FACTORES SOCIALES*, VOLUMEN 45 N° 4 / 2007. Páginas 1,2. accesado 2007.
54. MATOS-CRUZ R BASCONES-MARTÍNEZ A enfermedades gingivales: una revisión de la literatura. *Av Periodon Implantol.* Accesado 2008; 20, 1: 11-25 disponible en <http://scielo.isciii.es/pdf/peri/v20n1/original1.pdf>.

7. ANEXOS

INDICE DE ANEXOS

Anexo Nº 1. Ficha técnica

Nombre: _____

INDICADORES DE SALUD BUCAL								
HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA								
PIEZAS DENTALES					PLACA 0-1-2-3	CALCUL 0 0-1-2-3	0-1	
16		17		55				
11		21		51				
26		27		65				
28		37		75				
31		41		71				
46		47		85				
TOTALES								

INDICES CPO-ceo					SIMBOLOGIA DEL ODONTOGRAMA		
D	C	P	O	TOTAL	* rojo SELLANTE NECESARIO	⊗ PERDIDA (OTRA CAUSA)	≡ PROTESIS TOTAL
					* azul SELLANTE REALIZADO	△ ENDODONCIA	□ CORONA
d	C	e	O	TOTAL	X rojo EXTRACCION INDICADA	▣ ▣ PROTESIS FIJA	○ AZUL OBTURADO
					X azul PERDIDA POR CARIES	(.....)PROTESIS REMOVIBLE	○ ROJO CARIES

Anexo N° 2. Consentimiento informado.

Declaración de Consentimiento:

“PATOLOGIAS ORALES FRECUENTES EN PACIENTES PEDIATRICOS INMUNODEPRIMIDOS. HOSPITALES: ONCOLÓGICO SOLCA E ICAZA BUSTAMANTE. 2015”

Guayaquil, junio-agosto 2015

Para el desarrollo del estudio vamos a utilizar los pacientes pediátricos de 3 a 15 años con enfermedades inmunodepresoras que se encuentren en tratamiento médico en el hospital:

Se realizaran diagnósticos orales, encuestas a los representantes, evidencia fotográfica, y recopilación de datos para el estudio.

Todo el estudio será realizado posterior a la firma voluntaria de consentimiento informado de los pacientes.

Nombre del Investigador responsable: Daniela Estrella Froment

YO.....REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE..... CON NO DE CÉDULA..... CON DIAGNÓSTICO DE..... EN EL HOSPITAL..... BAJO TRATAMIENTO MÉDICO PREVIO, DECLARO QUE HE SIDO INFORMADO SOBRE LA PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO DE ““PATOLOGIAS ORALES OPORTUNISTAS FRECUENTES EN PACIENTES PEDIATRICOS INMUNODEPRIMIDOS QUE SE ENCUENTRAN EN TRATAMIENTO MEDICO. (ENTRE 3 A 15 AÑOS)”

He sido informado sobre los perjuicios, beneficios, costos, etc... De los alcances de la participación en la investigación y que consiente en formar parte de ella, según consta en la información escrita que me ha sido entregada.

Firma del Representante del menor

Tutor del Hospital Solca

Firma: Dra. Adriana Amado
Tutora: UCSG

INVEST. DANIELA ESTRELLA

Anexo Nº 3. Solicitud de autorización de Hospital Oncológico Solca.



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

Sr.
Dr. Guido Panchana
Departamento de Docencia e Investigación
Hospital Oncológico Solca.
De mis consideraciones,

Por medio de la presente solicito a usted, su colaboración en el desarrollo de mi tesis para obtener el título de odontóloga, la misma que será realizada de manera observacional y estadística, en vuestro Hospital, siendo partícipes los pacientes pediátricos entre las edades de 3 a 15 años con enfermedades inmunodepresoras.

Agradezco la colaboración que ayudará a los médicos ecuatorianos en el protocolo de atención a este tipo de pacientes, a su vez fomentando la investigación en estas áreas.

Adjunto tema de tesis y protocolo de desarrollo del mismo.

Esperando una respuesta favorable y agradeciendo la atención prestada,

Daniela Estrella Froment

Daniela Estrella Froment
Estudiante Egresada UCSG Odontología
C.I: 0915405252
Telf.: 0986724985


Tutor:

Dr. Enrique Benites Quintero
JEFE DE SERVICIO DE CIRUGIA DE
CABEZA Y CUELLO Y
OTORRINOLARINGOLOGIA
IBROVEJOLIO 1800 N° 5225
SOLCA

Dr. Luis Espinoza Custodio
JEFE SERVICIO DE PEDIATRIA (E)

Dr. Guido Panchana Esp
Jefe Depto de Docencia Inver S...
SOLCA
16/02/15

Anexo N° 4. Solicitud de autorización de Hospital Ycaza Bustamante.


UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

Dra. Amapola Ortiz
Directora Médica
Hospital Francisco Icaza Bustamante.

De mis consideraciones,


Previamente ha sido otorgado por ustedes el permiso para realizar la investigación de campo de mi tesis de grado para obtener el título de Odontóloga de UCSG.


Es por esto que, por medio de la presente solicito a Usted, se me conceda el **espacio físico** requerido para la toma de fotografía y muestras de los pacientes, que he seleccionado previamente y que asisten a vuestro Hospital. En un lapso de aproximadamente 5 días laborables, dentro del horario que sea conveniente para ustedes como institución, en las que serán citados dichos pacientes en grupos de 12 por día, dando un total de 60.

Una vez más agradezco la colaboración brindada por ustedes, que ayudará a los médicos ecuatorianos fomentando la investigación en estas áreas.

Esperando una respuesta favorable y agradeciendo la atención prestada,

Daniela Estrella F
Daniela Estrella Froment
Estudiante Egresada UCSG Odontología
C.I: 0915405252
Telf.: 0986724985
PD: DESCRIBIR EL HORARIO PERTINENTE PARA CONCRETAR LAS CITAS CON LOS PACIENTES.


DRA. MARÍA CARRIEL ROSERO
RESPONSABLE GESTIÓN ADMISIONES


Universidad Católica de Santiago de Guayaquil
Dirección: av. Carlos Julio Arosemena Km. 1.5
Teléfono: 2266661

Atención legal si es posible la solicitud
Amf

Ministerio de Salud Pública
HOSPITAL DEL NIÑO
DR. FCO. DE ICAZA BUSTAMANTE
GESTIÓN DE TALENTO HUMANO
RECIBIDO
Adreit Alvarado Egred
HORA: 11:00
FECHA: 30/06/2015

Anexo N° 5. Solicitud de autorización de fundación VIHDA.



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

Sra.

Dra. Silvia Rivera

Fundación VIHDA.

De mis consideraciones,

Por medio de la presente solicito a usted, su colaboración en el desarrollo de mi tesis para obtener el título de odontóloga, la misma que será realizada de manera observacional y estadística, en vuestras instalaciones, para realizar una charla de higiene oral, siendo partícipes los pacientes con diagnóstico de VIH entre las edades de 3 a 15 años, y sus madres o representantes.

Agradezco la colaboración que ayudará a los médicos ecuatorianos en el protocolo de atención a este tipo de pacientes, a su vez fomentando la investigación en estas áreas.

Adjunto tema de tesis y protocolo de desarrollo del mismo.

Esperando una respuesta favorable y agradeciendo la atención prestada,

Daniela Estrella Froment

Estudiante Egresada UCSG Odontología

C.I: 0915405252

Telf.: 0986724985

Tutor: _____

Aprobado
Silvia Rivera
Silvia Rivera San Lucas
DIRECTORA ADMINISTRATIVA
FUNDACION VIHDA

Anexo Nº 6. Historia clínica.

PACIENTE DE ESTUDIO DE TESIS							
INSTITUCIÓN	NUMERO DE HISTORIA CLÍNICA				FECHA		
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES					
<i>nombre del representante:</i>							
ENFERMEDAD							
ANTECEDENTES MEDICOS							
OPERACIONES							
MEDICACION							
ALERGIAS							
HTA		DBTS		ASMA		HEPATTIS	
VIH		TUBERCULOSIS		ENF. TIROIDES		OTRO	
CARACTERISTICAS	LABIOS	MUCOSA	LENGUA	PALADAR	PISO DE BOCA	CARRILLOS	ENCIAS
COLOR							
TAMAÑO							
MOVILIDAD							
CONTORNO							
CONSISTENCIA							
SEQUEDAD							
DOLOR							
ARDOR							
SANGRADO							
ULCERACIONES							
TUMORACION							
INFLAMACION							

Maxilar superior															
18	17	16	15	14	13	12	11								

Maxilar inferior															

Anexo N° 7. Encuesta a representantes.

TESIS: PATOLOGÍAS FRECUENTES EN PACIENTE PEDIÁTRICOS INMUNODEPRIMIDOS.
HOSPITALES: ONCOLÓGICO SOLCA, ICAZA BUSTAMANTE.

ENCUESTA DE HIGIENE ORAL

NOMBRES Y APELLIDOS _____

HOSPITAL _____ HISTORIA CLÍNICA # _____

EDAD: _____ SEXO: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE: _____

PARENTESCO: _____

DIAGNÓSTICO: _____

TIEMPO DE LA ENFERMEDAD DESDE EL DIAGNÓSTICO: _____

SE ENCUENTRA EN TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO? CUANDO FUE LA ÚLTIMA VISTA? _____

CUANTAS COMIDAS INGIERE AL DÍA _____

DESAYUNO	SI	NO
LUNCH	SI	NO
ALMUERZO	SI	NO
MEDIA TARDE	SI	NO
CENA	SI	NO

HIGIENE ORAL: CEPILLADO DENTAL

AL LEVANTARSE	SI	NO
DESPUÉS DEL DESAYUNO	SI	NO
DESPUÉS DEL LUNCH	SI	NO
DESPUÉS DEL ALMUERZO	SI	NO
MEDIA TARDE	SI	NO
CENA	SI	NO

UTILIZA HILO DENTAL SI NO CUANTAS VECES _____

UTILIZA ENJUAGUE BUCAL SI NO CUAL: _____ CUANTAS VECES/DÍA _____

NOMBRE ALIMENTOS QUE ESTÁN INCLUIDOS EN SU DIETA DIARIA O EJEMPLO DE UNA CENA:

FIRMA DEL REPRESENTANTE

Anexo N° 8. Tabla consolidada de datos

Nº	SEXO	EDAD	LUGAR PROCEDENCIA	LUGAR DE RESIDENCIA	ESCOLARIDAD	TIPO DE ENFERMEDAD INMUNOSUPRESORA
1	M	6	GUAYAS	URBANA	PRIMARIA	LLA
2	M	15	GUAYAS	RURAL	SECUNDARIA	LLA
3	M	13	GUAYAS	URBANA	SECUNDARIA	LLA
4	M	12	GUAYAS	RURAL	SECUNDARIA	OSTEOSARCOMA
5	M	8	GUAYAS	URBANA	PRIMARIA	LMA
6	M	15	GUAYAS	URBANA	PRIMARIA	HEPATOBLASTOMA
7	F	9	GUAYAS	URBANA	PRIMARIA	LLA
8	M	9	GUAYAS	URBANA	PRIMARIA	LLA
9	M	6	GUAYAS	URBANA	PRIMARIA	LLA
10	F	5	GUAYAS	URBANA	PRIMARIA	LINFOMA HODGKIN
11	F	4	GUAYAS	URBANA	PRIMARIA	HISTIOCITOSIS
12	F	8	GUAYAS	RURAL	PRIMARIA	MEDULOBLASTOMA
13	M	7	GUAYAS	RURAL	PRIMARIA	LLA
14	F	6	GUAYAS	RURAL	PRIMARIA	LLA
15	M	15	GUAYAS	URBANA	SECUNDARIA	LINFOMA NO HODGKIN
16	M	7	GUAYAS	URBANA	PRIMARIA	LLA
17	M	7	GUAYAS	URBANA	PRIMARIA	LLA
18	F	3	GUAYAS	URBANA	NINGUNO	LLA
19	F	10	GUAYAS	RURAL	PRIMARIA	TUMOR NEUROEC. PRIM.
20	M	12	GUAYAS	URBANA	PRIMARIA	OSTEOSARCOMA
21	F	8	GUAYAS	URBANA	PRIMARIA	LLA
22	F	9	ESMERALDAS	URBANA	PRIMARIA	HEPATOBLASTOMA
23	F	4	GUAYAS	URBANA	PRIMARIA	LLA
24	F	12	GUAYAS	URBANA	SECUNDARIA	LLA
25	F	15	GUAYAS	URBANA	SECUNDARIA	LLA
26	F	3	GUAYAS	URBANA	PRIMARIA	NEFROBLASTOMA
27	M	3	GUAYAS	URBANA	PRIMARIA	HEPATOBLASTOMA
28	M	4	GUAYAS	RURAL	PRIMARIA	RETINOBLASTOMA
29	F	15	GUAYAS	URBANA	SECUNDARIA	LMA
30	M	12	GUAYAS	URBANA	SECUNDARIA	ASTROCITOMA GRADO II
31	M	4	GUAYAS	URBANA	PRIMARIA	LLA
32	M	8	GUAYAS	URBANA	PRIMARIA	LLA
33	F	13	GUAYAS	URBANA	SECUNDARIA	LLA
34	F	11	GUAYAS	URBANA	SECUNDARIA	CANCER RIÑON

2. Base de datos

Nº	SEXO	EDAD	LUGAR PROCEDENCIA	LUGAR DE RESIDENCIA	ESCOLARIDAD	TIPO DE ENFERMEDAD INMUNOSUPRESORA
35	F	4	GUAYAS	URBANA	PRIMARIA	LLA
36	F	14	GUAYAS	URBANA	SECUNDARIA	LLA
37	M	15	GUAYAS	URBANA	SECUNDARIA	LLA
38	M	12	GUAYAS	URBANA	SECUNDARIA	RABDOMIOSARCOMA
39	F	6	GUAYAS	URBANA	PRIMARIA	LLA
40	F	12	GUAYAS	URBANA	PRIMARIA	LLA
41	M	13	GUAYAS	URBANA	SECUNDARIA	LLA
42	M	6	GUAYAS	URBANA	PRIMARIA	LLA
43	M	4	GUAYAS	URBANA	PRIMARIA	LLA
44	F	14	GUAYAS	URBANA	SECUNDARIA	TUMOR CEREBRAL
45	M	5	GUAYAS	URBANA	PRIMARIA	LLA
46	M	9	GUAYAS	RURAL	PRIMARIA	LLA
47	M	4	GUAYAS	RURAL	PRIMARIA	LLA
48	F	8	GUAYAS	URBANA	PRIMARIA	LLA
49	F	14	GUAYAS	URBANA	SECUNDARIA	LLA
50	F	15	GUAYAS	URBANA	SECUNDARIA	LINFOMA HODGKIN
51	M	5	GUAYAS	URBANA	PRIMARIA	TUMOR CEREBRAL
52	M	7	GUAYAS	URBANA	PRIMARIA	LLA
53	F	8	GUAYAS	URBANA	PRIMARIA	LLA
54	M	15	GUAYAS	URBANA	SECUNDARIA	LDH
55	M	3	GUAYAS	URBANA	PRIMARIA	LLA
56	F	10	GUAYAS	URBANA	PRIMARIA	RETINOBLASTOMA
57	M	11	GUAYAS	URBANA	SECUNDARIA	LLA
58	M	11	GUAYAS	URBANA	SECUNDARIA	LLA
59	F	12	GUAYAS	URBANA	SECUNDARIA	OSTEOSARCOMA
60	M	15	GUAYAS	URBANA	SECUNDARIA	LLA
61	M	4	GUAYAS	URBANA	PRIMARIA	LLA
62	F	7	GUAYAS	URBANA	PRIMARIA	LMA
63	M	4	GUAYAS	RURAL	PRIMARIA	LLA
64	F	6	GUAYAS	RURAL	PRIMARIA	LLA
65	F	8	GUAYAS	URBANA	PRIMARIA	RETINOBLASTOMA
66	M	15	GUAYAS	URBANA	SECUNDARIA	LINFOMA HODGKIN
67	M	10	GUAYAS	URBANA	PRIMARIA	LLA

68	M	9	GUAYAS	RURAL	PRIMARIA	LLA
69	M	6	GUAYAS	URBANA	PRIMARIA	LLA

2. Base de datos

Nº	SEXO	EDAD	LUGAR PROCEDENCIA	LUGAR DE RESIDENCIA	ESCOLARIDAD	TIPO DE ENFERMEDAD INMUNOSUPRESORA
70	M	15	GUAYAS	URBANA	SECUNDARIA	OSTEOSARCOMA
71	M	5	GUAYAS	URBANA	PRIMARIA	LLA
72	M	4	GUAYAS	URBANA	PRIMARIA	LLA
73	M	4	GUAYAS	URBANA	PRIMARIA	LLA
74	F	5	GUAYAS	URBANA	PRIMARIA	LLA
75	M	15	GUAYAS	URBANA	SECUNDARIA	LLA
76	F	15	GUAYAS	URBANA	SECUNDARIA	OSTEOSARCOMA
77	F	5	GUAYAS	RURAL	PRIMARIA	LLA
78	M	7	GUAYAS	URBANA	PRIMARIA	LLA
79	F	6	GUAYAS	URBANA	PRIMARIA	LLA
80	M	4	GUAYAS	RURAL	PRIMARIA	LLA
81	F	12	GUAYAS	URBANA	SECUNDARIA	LLA
82	M	11	GUAYAS	URBANA	SECUNDARIA	LLA
83	F	7	GUAYAS	URBANA	PRIMARIA	LLC
84	F	5	GUAYAS	RURAL	PRIMARIA	LLA
85	M	11	GUAYAS	RURAL	SECUNDARIA	VIH
86	M	13	GUAYAS	RURAL	SECUNDARIA	VIH
87	M	3	MANABI	RURAL	NINGUNO	VIH
88	F	11	GUAYAS	URBANA	SECUNDARIA	VIH
89	M	11	GUAYAS	RURAL	SECUNDARIA	VIH
90	M	11	GUAYAS	URBANA	SECUNDARIA	VIH
91	M	12	GUAYAS	URBANA	SECUNDARIA	VIH
92	M	10	GUAYAS	URBANA	PRIMARIA	VIH
93	M	8	GUAYAS	URBANA	PRIMARIA	VIH
94	F	11	GUAYAS	RURAL	SECUNDARIA	VIH

95	M	9	GUAYAS	URBANA	PRIMARIA	VIH
96	F	11	GUAYAS	RURAL	SECUNDARIA	VIH
97	M	11	GUAYAS	RURAL	SECUNDARIA	VIH
98	F	11	GUAYAS	URBANA	SECUNDARIA	VIH
99	M	11	GUAYAS	RURAL	SECUNDARIA	VIH
100	F	14	ESMERALDAS	RURAL	SECUNDARIA	VIH

2. Base de datos

Nº	FACTORES DE RIESGO	TIPO DE FACTORES DE RIESGO	CONTROLES ODONTOLÓGICOS	# CONTROLES ODONTOLÓGICOS ANUALES	HIGIENE DENTAL EN CASA
1	NO		NO	0	SI
2	NO		NO	1	SI
3	NO		SI	1	SI
4	NO		NO	0	SI
5	NO		NO	0	SI
6	SI	DBTS JUVENIL	SI	2	SI
7	NO		NO	0	SI
8	NO		NO	0	SI
9	NO		SI	2	SI
10	NO		NO	0	SI
11	NO		NO	0	SI
12	NO		NO	0	SI
13	NO		NO	0	SI
14	NO		NO	0	SI
15	NO		SI	1	SI
16	NO		SI	2	SI
17	NO		SI	1	SI
18	NO		NO	0	SI
19	NO		NO	0	SI
20	NO		NO	0	SI
21	NO		SI	1	SI
22	NO		NO	0	SI
23	NO		NO	0	SI
24	NO		NO	0	NO
25	NO		NO	0	SI
26	NO		NO	0	SI
27	NO		NO	0	SI

28	NO		NO	0	SI
29	NO		NO	0	SI
30	NO		NO	0	SI
31	NO		NO	0	SI
32	NO		NO	0	SI
33	NO		SI	2	SI
34	NO		SI	1	SI
35	NO		NO	0	SI
36	NO		NO	0	SI
37	NO		NO	0	SI

2. Base de datos

Nº	FACTORES DE RIESGO	TIPO DE FACTORES DE RIESGO	CONTROLES ODONTOLÓGICOS	# CONTROLES ODONTOLÓGICOS ANUALES	HIGIENE DENTAL EN CASA
38	NO		NO	0	SI
39	SI	DEFIC. RENAL	NO	0	SI
40	NO		NO	0	SI
41	NO		SI	2	SI
42	NO		NO	0	SI
43	NO		NO	0	SI
44	NO		NO	0	SI
45	NO		NO	0	SI
46	SI	DEFIC. RENAL	NO	0	SI
47	SI	DEFIC. RENAL	NO	0	SI
48	NO		NO	0	SI
49	NO		NO	0	SI
50	SI	DEFIC. RENAL	SI	1	SI
51	NO		NO	0	SI
52	NO		NO	0	SI
53	NO		NO	0	SI
54	NO		SI	2	SI
55	NO		NO	0	SI
56	SI	DEFIC. RENAL	SI	1	SI
57	NO		SI	2	SI
58	NO		NO	0	SI
59	SI	DEFIC. RENAL	SI	1	SI
60	NO		NO	0	SI

61	SI	DEFIC. RENAL	NO	0	SI
62	NO		SI	2	SI
63	NO		NO	0	SI
64	NO		NO	0	SI
65	NO		NO	0	SI
66	NO		NO	0	SI
67	NO		SI	2	SI
68	NO		SI	1	SI
69	NO		NO	0	SI
70	NO		SI	1	SI
71	NO		SI	1	SI
72	NO		SI	1	SI
73	NO		NO	0	SI

2. Base de datos

Nº	FACTORES DE RIESGO	TIPO DE FACTORES DE RIESGO	CONTROLES ODONTOLÓGICOS	# CONTROLES ODONTOLÓGICOS ANUALES	HIGIENE DENTAL EN CASA
74	NO		NO	0	SI
75	NO		NO	0	SI
76	NO		NO	0	SI
77	NO		NO	0	SI
78	SI	DEFIC. RENAL	SI	2	SI
79	NO		NO	0	SI
80	NO		SI	2	SI
81	NO		NO	0	SI
82	SI	ASMA	NO	0	SI
83	NO		SI	2	SI
84	NO		SI	1	SI
85	NO		NO	0	SI
86	NO		SI	2	SI
87	NO		NO	0	SI
88	NO		SI	6	SI
89	NO		SI	1	SI
90	NO		SI	2	SI
91	NO		SI	1	SI
92	NO		SI	1	SI
93	NO		SI	2	SI

94	NO		SI	6	SI
95	NO		SI	3	SI
96	NO		SI	2	SI
97	NO		SI	2	SI
98	NO		SI	2	SI
99	SI	DEFIC. RENAL	NO	0	SI
100	NO		NO	0	SI

Nº	# CEPILLADO AL DIA	TIPO DE ENJUAGE BUCAL	MUCOSA	PALADAR	ENCIA			
1	3	NO	SP	SP				INFLAMACION
2	4	NO	SP	SP				INFLAMACION
3	2	NISTATINA	SP	ROJIZO	SANGRADO			INFLAMACION
4	3	NO	RESEQUEDAD	SP	SANGRADO			INFLAMACION
5	4	NISTATINA	SP	SP	SANGRADO			INFLAMACION
6	2	NO	SP	SP	SANGRADO	DOLOR	ICTERICIO	INFLAMACION
7	2	NO	SP	SP	SANGRADO		PALIDEZ	INFLAMACION
8	3	NISTATINA	SP	ICTERICIO	SANGRADO			INFLAMACION
9	4	COLGATE	SP	SP	SANGRADO	DOLOR	ROJAS	INFLAMACION
10	1	NO	SP	SP				INFLAMACION
11	4	NISTATINA	INFLAMACION	SP	SANGRADO		ROJAS	INFLAMACION

2. Base de datos

Nº	# CEPI.	ENJ. BU	MUCOSA	PALADAR	ENCIA			
12	2	NO	SP	SP	SANGRADO			INFLAMACION
13	3	NO	SP	SP	SANGRADO			INFLAMACION
14	4	NO	SP	SP				INFLAMACION
15	3	NO	SP	SP	SANGRADO			INFLAMACION
16	1	NO	SP	SP	SANGRADO		ROJAS	INFLAMACION
17	2	NO	SEQUEDAD	SP	SANGRADO	DOLOR		INFLAMACION
18	1	NO	RESEQUEDAD	SP	ULCERA	DOLOR	PALIDEZ	
19	3	NO	S	SP	SANGRADO			INFLAMACION
20	2	NO	RESEQUEDAD	SP	SANGRADO			INFLAMACION
21	3	BLENDIS	ICTERICIA	SP	SANGRADO		PALIDEZ	INFLAMACION
22	2	NO	SP	ULCERA	SANGRADO	DOLOR		INFLAMACION
23	3	NO	SP	SP	SANGRADO			INFLAMACION
24	0	NISTATINA	SP	SP	SANGRADO		ROJAS	INFLAMACION
25	3	NISTATINA	SP	SP	SANGRADO		ROJAS	INFLAMACION
26	4	NO	SP	SP				
27	6	NO	SP	SP				
28	2	NO	SP	SP				
29	5	NO	SP	SP				
30	2	LISTERINE	SP	SP				
31	4	NO	SP	SP				
32	1	NISTATINA	SP	SP				
33	4	NO	SP	SP				
34	3	NO	SP	SP				
35	6	NO	SP	SP				
36	4	NO	SP	SP				
37	2	NO	SP	SP	SANGRADO			INFLAMACION
38	3	COLGATE	SP	ULCERA				
39	3	NO	SP	PETEQ. PÚR				
40	2	NO	SP	SP	SANGRADO			INFLAMACION
41	3	LISTERINE	SP	SP				
42	3	NO	ULCERACION	SP				
43	2	NO	SP					
44	1	NO	SP	SP				

2. Base de datos

Nº	# CEPILL	ENJ. BUCAL	MUCOSA	PALADAR	ENCIA			
45	2	NISTATINA	SP	SP				
46	5	NO	SP	PETE. PÚRPU.	SANGRADO		ULCERA	INFLAMACION
47	3	NO	SP	PETE. PÚRPU.				
48	2	NO	ULCERA	SP				
49	5	NISTATINA	SP		SANGRADO			INFLAMACION
50	3	NO		PETE. PÚRPU.	SANGRADO			INFLAMACION
51	1	NO	SP	SP				
52	4	NISTATINA	ULCERA	SP				
53	4	NO	SP	SP				
54	3	LISTERINE	SP	SP				
55	3	NO	SP	SP				INFLAMACION
56	4	NO	SP	PETE. PÚRPU.				
57	1	NO	SP	SP	SANGRADO			INFLAMACION
58	3	COLGATE	SP	ULCERACION	SANGRADO			INFLAMACION
59	2	NO	SP	PETE. PÚRPU.	SANGRADO			INFLAMACION
60	2	NO	SP	SP	SANGRADO			INFLAMACION
61	2	NISTATINA	SP	PETE. PÚRPU.				
62	3	NO	SP	SP		PALIDEZ		
63	1	NISTATINA	ULCERA	SP				
64	1	NO	ULCERA	SP	SANGRADO	DOLOR	ROJAS	INFLAMACION
65	3	NO	SP	SP				
66	6	NO	SP	SP		ULCERA		
67	3	NO	SP	SP				
68	2	NO	ULCERA	SP				
69	4	NO	INFLAMACION	SP				
70	2	COLGATE	SP	PETE. PÚRPU.	SANGRADO		ROJAS	INFLAMACION
71	3	NO	SP	SP			ROJAS	INFLAMACION
72	1	NO	SP	SP				
73	3	NISTATINA	ULCERA	SP				
74	4	NO		SP				

2. Base de datos

Nº	# CEPILL	ENJUJAGE BUCAL	MUCOSA	PALADAR	ENCIA		
75	3	NO	SP	SP			
76	6	NISTATINA	SP	SP			INFLAMACION
77	3	NO	ULCERA	SP			
78	2	NO	SP	PETEQUIAS PÚRPURAS			
79	4	NO	SP	SP	SANGRADO		INFLAMACION
80	4	NISTATINA	ULCERA	SP			
81	1	NO	SP	SP			
82	3	NO	ULCERA	SP			INFLAMACION
83	3	NO	ULCERA	SP			
84	5	NO	ULCERA	SP			
85	3	NO	ULCERA	SP			INFLAMACION
86	4	LISTERINE	SP	ULCERACION			
87	3	NO	SP	SP			INFLAMACION
88	2	NO	SP		SANGRADO		INFLAMACION
89	2	NO	SP	SP	SANGRADO		INFLAMACION
90	3	NO	SP	SP			
91	1	LISTERINE	ULCERA	SP	SANGRADO		INFLAMACION
92	2	LISTERINE	SP	SP	SANGRADO		INFLAMACION
93	4	NO	ULCERA	SP	SANGRADO		INFLAMACION
94	4	ORALSEPT	SP	SP			INFLAMACION
95	3	LISTERINE	SP	SP			
96	2	NO	SP	SP			INFLAMACION
97	1	COLGATE	SP	SP			
98	3	NO	SP	SP			
99	2	ENCIDENT	SP	PETEQUIAS PÚRPURAS			
100	2	NO	SP	SP	SANGRADO		INFLAMACION

Nº	LABIOS	LENGUA	PISO DE BOCA	CARRILLOS	PATOLOGIA ORAL	1. TIPO DE PATOLOGIA/LESION
1	SP	SP	SP	SP	SI	GINGIVITIS
2	RESEQUEDAD	SP	SP	SP	SI	GINGIVITIS
3	RESEQUEDAD	SP	SP	SP	SI	GINGIVITIS
4	RESEQUEDAD	SP	SP	SP	SI	GINGIVITIS
5	SP	SP	SP	SP	SI	GINGIVITIS

6	SP	PALIDEZ	SP	SP	SI	GINGIVITIS
7	RESEQUEDAD	SP	SP	SP	SI	GINGIVITIS
8	SP	SP	SP	SP	SI	GINGIVITIS
9	SP	SP	SP	SP	SI	GINGIVITIS
10	RESEQUEDAD	SP	SP	SP	SI	GINGIVITIS
11	RESEQUEDAD	SP	SP	SP	SI	GINGIVITIS

2. Base de datos

Nº	LABIOS	LENGUA	PISO DE BOCA	CARRILLOS	PATOLOGIA ORAL	1. TIPO DE PATOLOGIA/LESION
12		PALIDEZ		ULCERACION	SI	AFTAS
13	RESEQUEDAD	RESEQUEDAD		RESEQUEDAD	SI	GINGIVITIS
14	RESEQUEDAD		SP	ULCERACION	SI	GINGIVITIS
15	RESEQUEDAD	SP	SP	SP	SI	GINGIVITIS
16	SP	SP	SP	SP	SI	GINGIVITIS
17	RESEQUEDAD	RESEQUEDAD	SP	RESEQUEDAD	SI	GINGIVITIS
18	RESEQUEDAD		SP	SP	SI	AFTAS
19	RESEQUEDAD	SP	SP	SP	SI	GINGIVITIS
20	RESEQUEDAD	RESEQUEDAD	RESEQUEDAD	RESEQUEDAD	SI	GINGIVITIS
21	RESEQUEDAD	SP	SP	ICTERICIO	SI	GINGIVITIS
22	RESEQUEDAD	SP	SP	RESEQUEDAD	SI	GINGIVITIS
23	RESEQUEDAD	SP	SP	SP	SI	GINGIVITIS
24	RESEQUEDAD	RESEQUEDAD	SP	SP	SI	GINGIVITIS
25	RESEQUEDAD	SP	SP	SP	SI	GINGIVITIS
26	RESEQUEDAD	SP	SP	SP	SI	
27	RESEQUEDAD	SP	SP	SP	SI	
28	RESEQUEDAD	SP	SP	SP	SI	
29	RESEQUEDAD	SP	SP	ULCERACION	SI	
30	RESEQUEDAD	SP	SP	SP	SI	
31	RESEQUEDAD	SP	SP	SP	SI	
32	RESEQUEDAD	SP	SP	SP	SI	
33	RESEQUEDAD	SP	SP	SP	SI	
34	RESEQUEDAD	SP	SP	SP	SI	
35	RESEQUEDAD	SP	SP	SP	SI	
36	RESEQUEDAD	SP	SP	SP	SI	
37	RESEQUEDAD	SP	SP	SP	SI	GINGIVITIS

38	RESEQUEDAD	SP	SP	SP	SI	
39	RESEQUEDAD	SP	SP	SP	SI	PTT
40	RESEQUEDAD	SP	SP	SP	SI	GINGIVITIS
41	RESEQUEDAD	SP	SP	SP	SI	
42	RESEQUEDAD	SP	SP	SP	SI	
43		SP	SP	SP	SI	
44	RESEQUEDAD	PARC. IRRE.	SP	SP	SI	LENGUA GEOG.
45		ULCERACION	SP	SP	SI	AFTAS
46		PET.PURPUR	SP	SP	SI	PTT
47		PET. PURPUR	SP	SP	SI	PTT

2. Base de datos

Nº	LABIOS	LENGUA	PISO DE BOCA	CARRILLOS	PATOLOGIA ORAL	1. TIPO DE PATOLOGIA/LESION
48	RESEQUEDAD		SP	SP	SI	AFTAS
49	RESEQUEDAD	ULCERACION	SP	ULCERACION	SI	AFTAS
50	RESEQUEDAD	PETEQUIAS PURPURAS	SP	SP	SI	PTT
51	RESEQUEDAD	SP	SP	SP	SI	
52	RESEQUEDAD	SP	SP	SP	SI	AFTAS
53	RESEQUEDAD	SP	SP	SP	SI	
54	RESEQUEDAD	SP	SP	ULCERACION	SI	AFTAS
55	RESEQUEDAD	SP	SP	SP	SI	
56	RESEQUEDAD	PETEQUIAS PURPURAS	SP	PETEQUIAS PURPURAS	SI	PTT
57	RESEQUEDAD	SP	SP	ULCERACION	SI	AFTAS
58	SP	SP	SP	ULCERACION	SI	AFTAS
59	RESEQUEDAD	SP	SP	PETEQUIAS PURPURAS		PTT
60	RESEQUEDAD	ULCERACION	SP	SP	SI	AFTAS
61	RESEQUEDAD	SP	SP	SP	SI	PTT
62	RESEQUEDAD	ULCERACION	SP	SP	SI	AFTAS
63	SP	SP	SP	SP	SI	AFTAS
64	RESEQUEDAD	SP	SP	SP	SI	AFTAS
65	RESEQUEDAD	SP	SP	ULCERACION	SI	AFTAS
66	RESEQUEDAD	SP	SP	SP	SI	AFTAS
67	SP	SP	SP	ULCERACION	SI	AFTAS
68	RESEQUEDAD	SP	SP	ULCERACION	SI	AFTAS
69	RESEQUEDAD	SP	SP	SP	SI	

70	RESEQUEDAD	SP	SP	ULCERACION	SI	HERPES SIMPLE
71	RESEQUEDAD	SP	SP	ULCERACION	SI	AFTAS
72	RESEQUEDAD	SP	SP	SP	SI	
73	RESEQUEDAD	SP	SP	SP	SI	AFTAS
74	RESEQUEDAD	SP	SP	SP	SI	
75	RESEQUEDAD	ULCERACION	ULCERACION	ULCERACION	SI	AFTAS
76	RESEQUEDAD	SP	SP	SP	SI	GINGIVITIS
77	RESEQUEDAD	SP	SP	SP	SI	AFTAS
78	RESEQUEDAD	PETEQUIAS PURPURAS	SP	SP	SI	PTT
79	RESEQUEDAD	SP	SP	SP	SI	GINGIVITIS
80	RESEQUEDAD	SP	SP	SP	SI	AFTAS
81	RESEQUEDAD	SP	SP	SP	SI	
82	RESEQUEDAD	SP	SP	SP	SI	GINGIVITIS

2. Base de datos

Nº	LABIOS	LENGUA	PISO DE BOCA	CARRILLOS	PATOLOGIA ORAL	1. TIPO DE PATOLOGIA/LESION
83	RESEQUEDAD	SP	SP	ULCERACION	SI	AFTAS
84	RESEQUEDAD	SP	SP	ULCERACION	SI	AFTAS
85	RESEQUEDAD	SP	SP	SP	SI	AFTAS
86	RESEQUEDAD	SP	SP	ULCERACION	SI	AFTAS
87	RESEQUEDAD	SP	SP	ULCERACION	SI	AFTAS
88	RESEQUEDAD	SP	SP	ULCERACION	SI	GINGIVITIS
89	ULCERACION	SP	SP	SP	SI	QUEILITIS ANGULAR
90	RESEQUEDAD	SP	SP	ULCERACION	SI	AFTAS
91	RESEQUEDAD	SP	SP	SP	SI	AFTAS
92	RESEQUEDAD	SP	SP	ULCERACION	SI	GINGIVITIS
93	RESEQUEDAD	SP	SP	SP	SI	GINGIVITIS
94	RESEQUEDAD	SP	SP	ULCERACION	SI	AFTAS
95	RESEQUEDAD	SP	SP	SP	SI	
96	RESEQUEDAD	SP	SP	ULCERACION	SI	AFTAS
97	RESEQUEDAD	PETEQUIAS PURPURAS	SP	ULCERACION	SI	HERPES SIMPLE
98	RESEQUEDAD	SP	SP	SP	SI	
99	RESEQUEDAD	PETEQUIAS PURPURAS	SP	PETEQUIAS PURPURAS	SI	PTT

100	ULCERACION	PETEQUIAS PURPURAS	SP	SP	SI	HERPES LABIAL
-----	------------	-----------------------	----	----	----	---------------

2. TIPOO DE PATOLOGIA	3. CARIES	O= AUSENCIA	1= TERCIO CERVICAL	2= TERCIO MEDIO	3= TODA LA SUPERFICIE
	SI		X		
XEROSTOMIA	SI		X		
XEROSTOMIA	SI		X		
XEROSTOMIA	SI			X	
	SI			X	
XEROSTOMIA	SI			X	
	SI		X		
	SI		X		
	SI		X		
	SI			X	
	SI		X	X	
GINGIVITIS	SI			X	
XEROSTOMIA	SI		X		
	SI			X	
	SI			X	
	SI			X	
XEROSTOMIA	SI			X	
XEROSTOMIA	SI		X		
	SI			X	
XEROSTOMIA	NO			X	

2. Base de datos

2. TIPOO DE PATOLOGIA	3. CARIES	0= AUSENCIA	1= TERCIO CERVICAL	2= TERCIO MEDIO	3= TODA LA SUPERFICIE
XEROSTOMIA	SI			X	
AFTAS	SI			X	
	SI			X	
XEROSTOMIA	SI			X	
	SI	X			
	SI	X			
	SI	X			
AMELOGÉNESIS IMPERFECTA	SI				X
AFTAS	SI		X		
	SI	X			
	SI	X			
	SI	X			
	SI	X			
	SI	X			
	SI	X			
	SI		X		
	SI			X	
AFTAS	SI		X		
	SI	X			
	SI		X		
	SI		X		
	SI		X		
AFTAS	SI			X	
	SI			X	
	SI		X		
GINGIVITIS	SI		X		
GINGIVITIS	SI		X		
	SI	X			
	SI			X	
	SI		X		

	SI		X		
	SI	X			
	SI			X	
GINGIVITIS	SI			X	
GINGIVITIS	SI			X	
GINGIVITIS	SI			X	

2. Base de datos

2. TIPOO DE PATOLOGIA	3. CARIES	0= AUSENCIA	1= TERCIO CERVICAL	2= TERCIO MEDIO	3= TODA LA SUPERFICIE
GINGIVITIS	SI			X	
	SI			X	
	SI		X		
	SI		X		
GINGIVITIS	SI			X	
	SI		X		
	SI		X		
	SI		X		
	SI		X		
GINGIVITIS	SI				X
GINGIVITIS	SI			X	
	SI		X		
	SI	x			
	SI	X			
	SI		X		
	SI			X	
	SI			X	
	SI		X		
	SI		X		
	SI		X		
	SI		X		
	SI		X		
	SI		X		
AFTAS	SI		X		
	SI	X			
	SI	X			
GINGIVITIS	SI		X		

	SI		X		
GINGIVITIS	SI		X		
AFTAS	SI		X		
GINGIVITIS	SI			X	
	SI		X		
GINGIVITIS	SI			X	
AFTAS	SI		x		
AFTAS	SI			X	
GINGIVITIS	SI			X	
	SI		X		
GINGIVITIS	SI			x	
	SI				X
	SI		X		
	SI				X
GINGIVITIS	SI				X

